

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

**PLAN DE CHOQUE PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA
DIRIGIDO A IPS DEL MUNICIPIO DE CHÍA, CUNDINAMARCA**

LEIDY MARCELA ROJAS QUEVEDO

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
CHÍA
2014**

**PLAN DE CHOQUE PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA
DIRIGIDO A IPS DEL MUNICIPIO DE CHÍA, CUNDINAMARCA**

LEIDY MARCELA ROJAS QUEVEDO

PROYECTO DE PRÁCTICA X SEMESTRE

DORLANY ARDILA

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

CHÍA

2014

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	7
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVO GENERAL	11
OBJETIVOS ESPECIFICOS	12
1. MARCO TEORICO-CONCEPTUAL	13
1.1 GENERALIDADES	13
1.2 NORMATIVIDAD	16
1.2.1 PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA	17
1.2.2 RESOLUCIÓN 412 DEL 2000	21
1.2.3 CONPES 147	22
1.2.4 POLITICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	22
1.2.5 PLAN DE CHOQUE PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA	30
1.3 ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE EL PLAN DE CHOQUE PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA	35
1.4 MODELO BIOPSIICOSOCIAL	36
2. PLAN DE CHOQUE PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA IMPLEMENTANDO A IPS DEL MUNICIPIO DE CHÍA, CUNDINAMARCA	40
2.1 LISTA DE CHEQUEO	40
2.2 RESULTADOS DE LA LISTA DE CHEQUEO	42
2.3 ANÁLISIS	53
2.4 PLAN DE ACCION PARA LAS IPS DEL MUNICIPIO DE CHIA, CUNDINAMARCA	54
2.5 SEGUIMIENTO DE LA IMPLEMENTACION DEL PLAN DE CHOQUE PARA LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNA	56
2.6 RESULTADO DE LA LISTA DE CHEQUEO	56
2.7 ANALISIS DE RESULTADOS	68
3. GUIA SOBRE EL PLAN DE ACCIÓN QUE DEBEN LLEVAR LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD FRENTE A UNA GESTANTE	70

3.1 GUIA REPORTE MENSUAL DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD A LA SECRETARIA DE SALUD MENSUALMENTE	72
RECOMENDACIONES	75
ANEXOS	76
BIBLIOGRAFIA	77

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Amabilidad en el área de facturación	50
Tabla 2. Área de atención preferencial para la gestante	50
Tabla 3. Tiempo de espera en el área de facturación	51
Tabla 4. Área preferencial para la gestante	51
Tabla 5. Amabilidad en el área de recepción	52
Tabla 6. Educación a la gestante en el área de espera	53
Tabla 7. Sillas en el área de espera	53
Tabla 8. Comodidad del consultorio	54
Tabla 9. Atención adecuada	54
Tabla 10. Procedimiento en la valoración	55
Tabla 11. Implementos en la valoración	55
Tabla 12. Duración de la consulta	56
Tabla 13. Curso de preparación a la maternidad y paternidad responsable	56
Tabla 14. Educación sobre el tratamiento oportuno	57
Tabla 15. Carne de maternidad	57
Tabla 16. Promoción de vacunación	58
Tabla 17. Área preferencial en urgencias	58
Tabla 18. Remisión de urgencias a gineco obstetricia	59
Tabla 19. Educación en señales de alarma en la gestación	59
Tabla 20. Información de la situación actual	60

Tabla 21. Atención prioritaria	60
Tabla 22. Monitoreo durante el parto	61
Tabla 23. Amabilidad en el área de facturación	65
Tabla 24. Área de atención preferencial para la gestante	66
Tabla 25. Tiempo de espera en el área de facturación	66
Tabla 26. Área preferencial para la gestante	67
Tabla 27. Amabilidad en el área de recepción	67
Tabla 28. Educación a la gestante en el área de espera	68
Tabla 29. Sillas en el área de espera	68
Tabla 30. Comodidad del consultorio	69
Tabla 31. Atención adecuada	69
Tabla 32. Procedimiento en la valoración	70
Tabla 33. Implementos en la valoración	70
Tabla 34. Duración de la consulta	71
Tabla 35. Curso de preparación a la maternidad y paternidad responsable	71
Tabla 36. Educación sobre el tratamiento oportuno	72
Tabla 37. Carne de maternidad	73
Tabla 38. Promoción de vacunación	73
Tabla 39. Área preferencial en urgencias	74
Tabla 40. Remisión de urgencias a gineco obstetricia	75
Tabla 41. Educación en señales de alarma en la gestación	75
Tabla 42. Información de la situación actual	76
Tabla 43. Atención prioritaria	77
Tabla 44. Monitoreo durante el parto	77

INTRODUCCIÓN

Desde el siglo XVI, en la época colonial, se le ha dado gran importancia a los índices de mortalidad materna que se presentan en el país, los cuales, han demostrado un considerable descenso en los casos reportados, gracias a políticas públicas y estrategias para el control de los diferentes factores de riesgo. Según el Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna constituido en el año 2004 "La mortalidad materna es la resultante de múltiples factores y condiciones que, además de los aspectos médicos propiamente dichos, se relacionan con aspectos socioeconómicos, culturales, legislativos y políticos, entre otros. En efecto, la mayoría de mujeres que mueren en eventos asociados con la maternidad son las más pobres, las que tienen un menor nivel educativo y mayores dificultades en el acceso a servicios de salud" (1)

En el municipio de Chía, en el 2013 se presentó un caso de mortalidad materna, el cual, prendió las alarmas, ya que este hubiera podido ser prevenible, si la gestante asistiera a los controles prenatales o tuviera atención por las promotoras de salud de Chía. Desde este momento se comenzaron a generar estrategias que promueven la garantía de los derechos humanos de las mujeres con especial énfasis en los derechos sexuales, reproductivos y el derecho a la vida. Adicionalmente es importante mencionar el papel que cumplen las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las cuales en la mayoría de casos son los principales actores del control de los factores de riesgo que se puedan presentar en las gestantes y que pueden ser considerablemente peligrosos para la vida. Estas IPS actúan por medio de intervenciones de cuidado a las gestantes previniendo enfermedades y complicaciones en el embarazo.

El presente estudio pretende analizar el desarrollo de la Política Pública: El Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna que se está implementando en las Instituciones Prestadoras de Salud del municipio de Chía.

Para el logro de este propósito, se utilizó como marco de referencia la política pública del Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna, y la encuesta Guía de observación II: Recepción a la usuaria elaborada por la Secretaría de Salud de la Gobernación de Cundinamarca, la cual proporciona lineamientos que orientan este proceso de investigación para crear un plan de acción dirigido a las IPS.

El estudio en cuestión intenta a favorecer el cuidado a las gestantes por medio de la Secretaría de Salud de Chía y la política pública del Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna implementada en las IPS, esto ayudará a priorizar la atención a las gestantes para así brindar un cuidado de calidad, además de facilitar la afiliación de la seguridad social para las gestantes, y desde

ese momento realizar un seguimiento en los hogares para así, mantener control de los factores de riesgo que pueda presentar cada gestante, además de brindar educación donde se fortalezcan los conocimientos de cuidado para ella y para su hijo.

JUSTIFICACIÓN

La gestación es una de las etapas más importantes en la vida de una mujer, por lo tanto ellas esperan tener una atención oportuna por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud para no presentar ninguna complicación con su salud ni la de su bebe, o si se llegase a presentar estas sean tratadas de manera oportuna.

La Secretaria de Salud de Chía, tiene como objetivo tener identificadas a todas las gestantes del municipio, para así controlar que su atención sea oportuna. Por esta razón se está implementando un formato específico para realizar un seguimiento a las gestantes con algún factor de alto riesgo, con el fin de que las gestantes se empoderen y asuman la responsabilidad con su salud y la de su bebe, además de apoyar con visitas domiciliarias para saber si es atendida oportunamente en su IPS. Los formatos se realizan en las visitas domiciliarias donde asiste la promotora de salud con su respectiva enfermera profesional.

La muestra de este análisis es de 33 gestantes, las cuales tienen diferentes variables por lo cual se consideran de alto riesgo. Los factores de alto riesgo son:

- Factor de alto riesgo físico: En este se encuentran todas las patologías físicas que tiene la gestante antes de quedar embarazada, que han sido adquiridas durante este o se han producido por el embarazo. Además de tener una gestación múltiple, ausencia de control prenatal, ser mayor de 35 años o menor de 18 años.
- Factor de alto riesgo psicosocial: En este se evidencia cuando la gestante, tiene problemas sociales, con su familia, su pareja o su entorno. También hace parte de este grupo si es víctima de abandono, no hay aceptación del embarazo, es de población vulnerable o hace parte de familias en acción, si tiene temores relacionados con el embarazo o posparto.
- Factor de alto riesgo socioeconómico: En este se encuentra cuando la gestante, esta sin empleo y sin apoyo de la pareja o familia, cuando hay una inestabilidad económica, cuando hay desplazamiento. Esto se puede evidenciar cuando se realiza la visita domiciliaria observando las condiciones físicas en la que vive la gestante.(Anexo No. 1)

Considerando la información anteriormente planteada, se decide implementar la política de salud pública, Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna, en las IPS del municipio de Chía. Este plan debe ser implementado por las IPS, por medio de acciones de tipo legal, administrativa, económica, social y educativa, con el fin de brindar una atención de calidad a las gestantes. Además

de disminuir la indiferencia social ante las gestantes, ya que una muerte materna impacta no solo a la sociedad, sino que tiene efectos negativos sobre la estructura familiar, quedando en grave desprotección los niños y niñas. Muchas de estas muertes perinatales se deben a que la madre no es cuidada de buena forma durante el embarazo y el parto se produce sin preparación previa y en condiciones precarias. (8)

Con el fin de lograr ese propósito se plantea una lista de chequeo basada en la encuesta de la gobernación de Cundinamarca llamada: Guía de observación II: Recepción de la usuaria, para observar como en las IPS se está implementando esta política pública y con base en los resultados obtenidos, realizar un plan de mejoramiento junto a los profesionales de la salud, teniendo como principal actor el profesional de enfermería, ya que es la persona que educa constantemente a las gestantes en sus controles prenatales. Además de incluir los aspectos y puntos a mejorar en cada institución.

Esta política pública busca crear conciencia a todo el personal de las Instituciones Prestadoras de Salud. Para eliminar las barreras administrativas y de personal que afectan a las gestantes del municipio.

Este estudio es relevante porque rescata la importancia de poner en práctica la política pública Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna, direccionado hacia la necesaria sensibilización de la atención a la gestante.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar los resultados de la implementación de la Política Pública del Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del municipio de Chía, a través de la implementación de una lista de chequeo, con el fin de disminuir la morbilidad materna en el año 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Elaborar un diagnostico sobre el proceso de implementación del Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Crear un plan de acción a partir de las falencias identificadas, con el fin de concientizar a las IPS acerca de la importancia de implementar este Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna.
- Realizar un seguimiento en las Instituciones Prestadora de Salud, para verificar la correcta implementación del Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna.

1. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

La salud sexual y reproductiva, se basa en el bienestar de la mujer en todas las etapas de la vida, teniendo como prioridad la mujer gestante y el binomio con su hijo. En este capítulo encontraremos la normatividad nacional para hacer cumplir el derecho de tener una atención integral y de calidad oportuna en las gestantes.

1.1 Generalidades

La salud sexual y reproductiva está relacionada con la maternidad materna segura y las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos asociados a esta, como el derecho a la vida. En lo que se refiere a la mortalidad materna este resultante de múltiples factores y condiciones que, además de los aspectos médicos propiamente dichos, se relacionan con aspectos socioeconómicos, culturales, y legislativos y políticos, entre otros. (1)

Cifras y datos de mortalidad materna en Colombia

La mortalidad materna en Colombia es de 104,9 por 100.000 nacidos vivos. Las cifras generales presentan diferencias importantes por departamentos, urbano-rurales, estratos socioeconómicos y régimen de afiliación. (1)

Causas de la mortalidad materna

Las muertes maternas pueden tener causas obstétricas directas e indirectas.

Las causas directas son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado del embarazo, el parto o el puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las causas mencionadas.

- Eclampsia 35%
- Complicaciones durante el trabajo de parto y el parto el 25%
- Embarazo terminado en aborto 16%
- Otras complicaciones del embarazo 9%
- Complicaciones del puerperio 8%
- Hemorragias 7%

Estas complicaciones no necesariamente son predecibles, pero casi todas pueden ser evitables.

Las causas indirectas son las que resultan de una enfermedad previa al embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas directas, pero agravadas por el embarazo. (1)

Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna

Las condiciones que se han identificado como actores de riesgo asociados a la mortalidad materna son de diversas categorías que se relacionan entre sí: la alta fecundidad, la baja prevalencia de anticonceptivos y las edades extremas. De otra parte también se debe analizar el tipo de afiliación al SGSS y si se encuentra en estado de desplazamiento para identificar su relación con la mortalidad materna. (1)

Determinantes económicas, sociales y culturales

La falta de garantías para el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, en especial el derecho a la vida, afectan de manera determinante los indicadores de la mortalidad materna. A esta falta de garantías se suman determinantes de tipo social, económico y cultural, que se reflejan en una mayor vulnerabilidad de las mujeres ante las complicaciones obstétricas.

Los factores de vulnerabilidad que con más frecuencia se asocian a la mortalidad materna son de tipo social, económico y cultural que se reflejan en las complicaciones obstétricas:

- Bajo nivel de escolaridad.
- Pobreza
- Residencia en zonas rurales, urbanas marginales o de conflicto armado
- Desplazamiento forzado
- Limitaciones de la cobertura de SGSSS
- Características étnicas y culturales de algunos grupos sociales discriminados que llevan a cabo los que se ha denominado “prácticas no seguras”
- Debilidades de la gestión
- Deficiencia para la prestación de servicios de calidad
- Dificultades para el acceso
- Prácticas que impiden que la atención se lleve a cabo de acuerdo con el principio de integralidad. (1)

RETRASOS EN LA ATENCIÓN MATERNA

Los retrasos de la atención materna son factores que aumentan el riesgo de muerte e influyen directamente en los resultados que se obtienen tanto en el estado de la madre como en el del hijo/a. Estos retrasos se han identificado así: retraso en reconocer los signos y síntomas de complicaciones, retraso para acudir a la institución de salud cuando la gestante presenta complicaciones y retraso en la prestación de los servicios de urgencias en las mismas instituciones de salud. (1)

Estos retrasos se clasifican según la Política Pública del Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna, en los siguientes tipos:

Tipo 1:

- Desconocimiento de factores de riesgo asociados con el embarazo: Edad materna, multiparidad, obesidad, Pre eclampsia en embarazo anterior, embarazo prolongado.
- Desconocimiento de signos y síntomas de alarma durante el embarazo.
- Abandono social
- Desconocimiento del riesgo asociado a la población desplazada
- Desconocimiento de derechos y deberes de la mujer en Salud Reproductiva.
- Reconocimiento tardío del embarazo

Tipo 2:

- Contacto tardío con el sistema de salud (inicio tardío del Control Prenatal)
- Demora en consultar al servicio de urgencias en caso necesario (Trabajo de Parto, después del aborto inducido, convulsión, sangrado anormal, síntomas premonitorios)
- Desconocimiento de derechos y deberes
- Dificultad para el contacto oportuno con el sistema asociado a barreras geográficas, económicas, de transporte y socioculturales.

Tipo 3:

- Falta de oportunidad de acceso al nivel de referencia por deficiencias en la red de prestadores de la emergencia obstétrica
- Subestimación del riesgo asociado a: anemia severa, trastornos hipertensivos, sangrado vaginal en el segundo y tercer trimestre, hemorragia postparto, sepsis.
- Desconocimiento de los Protocolos de Diagnóstico y Manejo de las Emergencias Obstétricas (Trastornos Hipertensivos, Hemorragias, sepsis) desde el nivel primario de atención.
- Barreras administrativas que afectan la oportunidad de la remisión a los Niveles adecuados de atención incluyendo UCI.
- Falta de disponibilidad de los insumos necesarios para el manejo de la Emergencia Obstétrica en la fase aguda y durante la referencia

Tipo 4:

- Deficiente calidad de las actividades de P y P y del Gerenciamiento del riesgo durante la atención prenatal
- Desconocimiento de los protocolos de Diagnóstico y Manejo de la Morbilidad Obstétrica
- Uso inadecuado de tecnologías apropiadas durante el parto: Inducción del parto, uso del Partograma, manejo activo del tercer periodo, manejo del Puerperio)
- Desconocimiento de los Protocolos de manejo del Puerperio inmediato, mediano y tardío
- Mala calidad de los registros clínicos
- Remisiones inoportunas
- Protocolo inadecuado de manejo del sulfato de magnesio y del Nifedipino como útero inhibidores
- Falta de evaluación de la red de prestadores de salud
- Intervenciones médicas no justificadas
- Fallas en la disponibilidad del laboratorio Clínico para la atención de pacientes de riesgo
- Funcionamiento inadecuado de los sistemas de Referencia y
- Falta de oportunidad de UCI de adultos y UCI Neonatal
- Consecuentemente, para reducir estos riesgos los/as expertos/as recomiendan cuatro acciones:
- Proporcionar las herramientas para que las mujeres y sus familias reconozcan los signos de peligro
- Proporcionar las herramientas para que las mujeres y sus familias decidan buscar atención.
- Proporcionar las herramientas para que las mujeres obtengan la atención adecuada y asegurarse de que las mujeres reciban atención adecuada en las instituciones de salud. (1)

1.2 NORMATIVIDAD

La Constitución Política de Colombia de 1991, trae con consigo la ley 10 y la ley 60, que generan el fortalecimiento y la descentralización del servicio público en salud, debido a falencias en esta se genera la ley 100 de 1993 donde se habla del Sistema General de Seguridad Social, de este se desentazan la ley 152 y la resolución 5165 y de estas se crea la Ley Orgánica del **Plan de Desarrollo**. La ley 1438 del 2001 hace la reforma del SGSSS para el mejoramiento de la prestación

de servicios en salud, en esta ley se encuentra el artículo 6 que determina que el ministerio de protección social debe elaborar un **Plan Decenal de Salud Pública** y de este se genera el Compes 147, la resolución 412 del 2000, Política de Salud Sexual y Reproductiva y este nos lleva al Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna. (2)

1.2.1 PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012 – 2021

El plan decenal es una política que es producto del plan nacional de desarrollo 2010 – 2014, este tiene como objetivo tener una equidad en la salud, lo que implica que todas las personas alcancen su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas. Además este plan plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública por medio de intervenciones colectivas e individuales, que involucren tanto al sector salud como a otros sectores dentro y fuera de los servicios de salud.

El plan decenal de salud pública incorpora diferentes enfoques complementarios:

- Enfoque de derechos
- Enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez)
- Enfoque diferencial (necesidades específicas de la población con discapacidad, de las víctimas de violencia y situaciones de desplazamiento, de la diversidad sexual y de los grupos étnicos)
- El modelo de determinantes sociales de salud, que hace referencia a las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. (2)

Derechos y sexualidad

El plan decenal promueve las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permiten el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad como un derecho humano, para el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital, así como de los grupos y comunidades, desde un enfoque de género y diferencial a través de la toma de decisiones autónomas, libres e informadas sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción. (2)

- **Metas**

Para el año 2022, el 100% de las entidades nacionales, departamentales y el 80% de las municipales, incluyen programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo y aseguran la participación de las organizaciones y redes de los siguientes grupos poblacionales: mujeres, jóvenes, grupos étnicos, personas con discapacidad, comunidad LGBTI, víctimas del conflicto armado. (2)

- **Estrategias**

1. Políticas públicas sectoriales e intersectoriales que promuevan el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos desde los enfoques de género, teniendo en cuenta los determinantes sociales para erradicar la violencia de género y violencias sexuales, prevenir las ITS-VIH-Sida y la discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género, promover la salud sexual y reproductiva de adolescentes y garantizar la salud materna.
2. Coordinación intersectorial, y comunitaria para el desarrollo de políticas públicas que promuevan el diseño e implementación de estrategias de movilización social a nivel de instituciones públicas, privadas y comunitarias, dirigidos al ejercicio del derecho a la libre elección de la maternidad y a una maternidad sin riesgos con enfoque diferencial.
3. Desarrollo de acciones de información, educación y comunicación, fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre, autónoma, sin estigma ni discriminación por motivos de género, edad, discapacidad, pertenencia étnica, orientación sexual, identidad de género en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos.
4. Información, Educación y Comunicación para el acceso y uso de servicios de salud, como un derecho y movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la IVE, parto y puerperio.
5. Diseño e implementación de estrategias sectoriales e intersectoriales de movilización social, información, educación y comunicación, para la promoción de la equidad de género en los diferentes ámbitos y espacios de la vida cotidiana: laborales, educativos, institucionales, comunitarios,

con enfoque de derechos, género y diferencial para la construcción de nuevas masculinidades y feminidades, la transformación de creencias, imaginarios y normatividades culturales que legitiman las violencias de género y limitan el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos y la igualdad entre hombres y mujeres.

6. Desarrollo normativo para el respeto, la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de toda la población.
7. Fortalecimiento institucional para el cumplimiento de la normatividad internacional y nacional para la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de toda la población.
8. Creación de mecanismos interinstitucionales para garantizar el acceso a la justicia real y efectiva para el restablecimiento de los derechos a quienes les han sido vulnerados sus derechos sexuales y derechos reproductivos.
9. Empoderamiento de los grupos, organizaciones y redes en el ejercicio y exigibilidad de los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como en su participación social y política en los diferentes espacios de toma de decisión para ejercer la veeduría y control sobre las políticas públicas y recursos públicos que garanticen el ejercicio de dichos derechos.
10. Fortalecimiento del compromiso social de los medios de comunicación en la promoción del respeto y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos, la igualdad entre hombres y mujeres, la equidad de género, a través de un lenguaje incluyente – no sexista, que cuestione las creencias y estereotipos que legitiman la discriminación, el estigma y las violencias de género y violencias sexuales.
11. Consolidación de una política de educación sexual que involucre a toda la comunidad educativa: niñas, niños, adolescentes, jóvenes, padres, madres, cuidadores, profesorado y demás personas que se relacionan con las instituciones educativas, para el ejercicio de derechos en torno al desarrollo de una sexualidad en condiciones de igualdad, libertad, autonomía, sin ninguna discriminación y libre de violencias
12. Desarrollo e implementación de políticas, planes, programas y proyectos que garanticen el derecho a la educación, recreación, cultura, y al trabajo digno con igualdad de oportunidades y entornos equitativos que permitan la autonomía económica y condiciones de vida digna, especialmente para las mujeres, jóvenes, población LGBTI, población rural y víctimas del conflicto armado. (2)

Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos.

Garantizar el nivel más alto de la salud sexual y reproductiva a través de la prevención y atención integral, humanizada y de calidad desde los enfoques de derechos, género y diferencial por medio de la articulación de los diferentes sectores que inciden en los determinantes sociales relacionados con los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. (2)

- **Metas**

1. Disminuir a 61 por 1.000 la tasa específica de fecundidad de mujeres adolescentes de 15 a 19 años.
2. Aumentar el uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (15-49 años) a 80%.
3. Aumentar al 80% la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas
4. Casos de mortalidad materna evitable son inferiores a 150 casos anuales en el país.
5. El 95% de las mujeres gestantes tienen 4 o más controles prenatales en el 94 % de las entidades territoriales.
6. El 80% de las mujeres gestantes, ingresan al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional.
7. Disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15%. (2)

- **Estrategias**

1. Desarrollo de acciones de inducción de la demanda a servicios de consejería, consulta de anticoncepción y entrega de métodos anticonceptivos, eliminación de barreras de acceso y seguimiento del uso de métodos modernos de anticoncepción por parte de las IPS y las EAPB, de acuerdo con las características y necesidades de la población en edad fértil, incluidos los y las adolescentes; y seguimiento,

evaluación y difusión del cumplimiento de normas técnicas y metas definidas, por parte de la Nación y las entidades territoriales.

2. Desarrollo de tecnologías de información y comunicación para movilización de actores institucionales y comunitarios; organización de redes sociales de apoyo y diseño de aplicativos móviles para la red de aseguradores y Prestadores de Servicios de Salud, que incluye herramientas de comunicación para los procesos de referencia y contrarreferencia.
3. Empoderamiento de las mujeres, hombres, familias y comunidad para seguimiento de las rutas de atención segura de las mujeres antes, durante y después de un evento obstétrico y de sus hijos e hijas.
4. Incorporar en la Política Nacional de humanización de los servicios de salud los enfoques de derechos, género y diferencial y estrategias dirigidas a fortalecer el acompañamiento de la pareja o un integrante de su red social de apoyo durante el proceso de gestación, parto y puerperio
5. Cero barreras de acceso a la atención obstétrica en el marco del proyecto de Redes integradas e integrales que incluya: aseguramiento prioritario del binomio madre hijo, seguimiento, telemedicina, asistencia comunitaria, atención pre hospitalaria, hogares de paso, mejoramiento de capacidad resolutive de las IPS y transporte efectivo.
6. Vigilancia de la morbilidad materna y neonatal extrema y del modelo de seguridad clínica para la atención segura de la mujer durante un evento obstétrico.
7. Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad de la mujer antes, durante y después de un evento obstétrico.
8. Fortalecimiento de sistemas de información y gestión del conocimiento para la promoción de la salud materna y perinatal. (2)

1.2.2 RESOLUCION 412 DEL 2000

En esta resolución se estable las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para desarrollar las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Esta resolución está regulada por el ministro de salud, quien tiene ciertas funciones que están conferidas en el artículo 173 de la Ley 100 de 1993.

La resolución 412 del 2000 está dividida en 4 capítulos, en los cuales, el primero hace referencia a aspectos generales, donde se adoptan medidas técnicas a

cargo de las entidades promotoras de salud, el segundo trata sobre protección específica y detección temprana, el tercero y no menos importante son las guías de atención para el manejo de enfermedades de interés en Salud Pública, y por último el cuarto es la oferta de actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y de obligatorio cumplimiento. (3)

1.2.3 CONPES 147 (4)

Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años.

Se plantea un abordaje integral del embarazo en la adolescencia, desde el precedente del determinante del mismo desde los niveles individual, familiar, comunitario y de prácticas sociales.

En base a eso se busca una integralidad mediante el desarrollo de cuatro ejes estratégicos:

- El fortalecimiento de la intersectorialidad.
- La promoción del desarrollo humano y los proyectos de vida de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de los 6 a los 19 años.
- La consolidación de la oferta de servicios en Salud Sexual y Reproductiva (SSR), incluidos los de atención en SSR, la educación y la formación de competencias en DSR.
- El monitoreo, el seguimiento y la evaluación de las acciones que fortalezcan la prevención y reducción del embarazo en la adolescencia.

Así mismo los programas que se generen de esta estrategia también deben ir enfocados a promover factores protectores en la adolescencia y en la juventud por medio no solo de intervenciones individuales, sino también de intervenciones familiares y a comunidades. (4)

1.2.4 POLITICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (5)

La política nacional tiene como objetivo mejorar la salud sexual y reproductiva y promover los derechos sexuales reproductivos de toda la población. En los objetivos específicos tiene que ver con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con la ampliación de la cobertura del SGSSS, con el fortalecimiento de red de servicios, con la implementación de acciones de vigilancia y control a la gestión y epidemiología.

Los principios que orientan la política son: la concepción de los DSR como derechos humanos, la equidad social y de género, el empoderamiento de las mujeres y la cualificación de la demanda, la focalización y la calidad para prestación de servicios.

Las metas apuntan a la reducción del embarazo adolescente, la reducción de la tasa de mortalidad evitable, el cubrimiento de la demanda insatisfecha de planificación familiar, la detección temprana del cáncer de cuello uterino, la prevención y atención de las ITS, VIH y SIDA y la detección y atención de la violencia doméstica y sexual.(5)

Con base en todo lo anterior, las estrategias que plantea la política son: promoción de la salud mediante acciones de IEC, coordinación intersectorial e interinstitucional, fortalecimiento de la gestión institucional, fortalecimiento de la participación social, desarrollo de investigación y potenciación de las redes sociales de apoyo.

Concepto de salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos. (5)

Metas

- Maternidad Segura.
- Planificación familiar.
- Salud sexual y reproductiva en la población adolescente.
- Cáncer de cuello uterino.
- Prevención y atención de las ITS, VIH y SIDA.
- Violencia doméstica y sexual.

Maternidad segura

La maternidad segura se define como el embarazo y parto con un bajo riesgo de muerte o de consecuencias negativas para la salud del binomio madre e hijo. Esta tiene como objetivo reducir en un 50% la tasa nacional de mortalidad materna evitable, esta estrategia requiere, mejorar la calidad de la atención del parto institucional y de los controles prenatales, implementar mecanismos que permitan la captación temprana de las mujeres gestantes, identificar y tratar los riesgos biológicos y psicosociales, e implementar mecanismos para facilitar el acceso a los servicios de salud de las mujeres gestantes de las zonas rurales y de conflicto armado. También es importante mejorar los sistemas de información y registros de muerte materna que permita identificar los factores determinantes de la

mortalidad, además de estimular la participación de los hombres en el proceso de maternidad y en la crianza de los hijos. (5)

Planificación Familiar

El embarazo no planeado se presenta de manera significativa en las zonas rurales, entre las mujeres con menor nivel de escolaridad y entre las mujeres desplazadas. Estas cifras sugieren problemas en el acceso, la utilización, apropiación y continuidad de los métodos de planificación familiar y esto significa un costo elevado en términos de salud y calidad de vida. Por lo tanto es necesario mecanismos para divulgar la información confiable, además de estimular la responsabilidad y participación de los hombres en el control de la fecundidad. (5)

Salud sexual y reproductiva en adolescentes

Los adolescentes están iniciando su vida sexual a una edad cada vez más temprana. Al mismo tiempo hay un incremento en el porcentaje de adolescentes embarazadas. El embarazo precoz tiene graves consecuencias sobre la calidad de vida de los futuros padres: limita las posibilidades del desarrollo personal y social de padre e hijos en medida que reduce las posibilidades de educación, y por lo tanto afecta la calidad de empleo, aumenta el número de personas con dependencia económica en una familia.

Los factores más relacionados con el embarazo precoz son: el bajo nivel de escolaridad, el lugar de residencia, jóvenes en situación de desplazamiento. (5)

Los programas de promoción y prevención no responden a las necesidades específicas de los jóvenes, por lo que se requiere acciones donde los involucren por medio de redes sociales los pares, educadores y familias, así como servicios integrales que respondan según sus ciclos vitales, particularmente para suministrarles métodos de planificación familiar y de protección contra ITS, VIH y SIDA.

Con la población adolescente es importante trabajar los estereotipos, prejuicios y valores frente a la sexualidad, la reproducción y las relaciones de pareja y familiares, que perpetúan relaciones desequilibradas entre los sexos y favorecen conductas de riesgo. (5)

Derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos

Estos derechos implican el reconocimiento de carácter, universal, intransferible e inalienable y la obligación del estado de garantizar las condiciones para su pleno ejercicio.

- Equidad
- Empoderamiento
- Intervención focalizada

- Salud como servicio público prestado con criterios de calidad (5)

ESTRATEGIAS

El desarrollo de acciones que confluyen en la promoción y prevención y la atención en la enfermedad en el contexto de relaciones adecuadas de costo efectividad y con el objeto de proteger la salud individual y pública.

La implementación de las estrategias en los diferentes niveles de intervención (nacional, departamental y municipal) debe realizarse de acuerdo a la ley 715 del 2001, que establece la normatividad necesaria para el desarrollo de las líneas de acción, ofrece asistencia técnica a los entes territoriales y realiza el control de las acciones realizadas en la población. Los municipios desarrollan los planes, programas y proyectos en las áreas priorizadas en la política de SSR en la población de su jurisdicción de conformidad con las prioridades nacionales y departamentales, vigilan la acción coordinada de los prestadores y aseguradores el cumplimiento de las mencionadas líneas de acción:

- Promoción de la SSR mediante estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC)
- Coordinación intersectorial e interinstitucional
- Fortalecimiento de la gestión institucional
- Fortalecimiento de la participación social
- Potenciación de las redes sociales de apoyo
- Desarrollo de investigación (5)

LINEAS DE ACCION

Maternidad segura

Las acciones de maternidad segura están dirigidas a garantizarle a la mujer un proceso de gestación sano y las mejores condiciones para el recién nacido. Para ello debe darse adecuada y oportuna atención desde la etapa preconcepcional y durante la gestación, el parto y el puerperio, manejar los riesgos asociados a la maternidad en la madre y el hijo y brindar tratamiento a todas las complicaciones. (5)

- **Promoción de la maternidad segura mediante estrategias de IEC**

La maternidad segura plantea acciones para reforzar en la población los beneficios de la captación temprana y la adherencia al control prenatal de la madre y su familia, así como las medidas de autocuidado. En concordancia con lo anterior se debe:

1. Adelantar acciones para que las mujeres y hombres en edad fértil conozcan sus deberes y derechos en cuanto a los servicios de consulta

preconcepcional, control prenatal, parto, puerperio y atención a menores de un año.

2. Fomentar acciones de autocuidado para la maternidad segura que involucren a ambos miembros de la pareja. Estos proyectos deben orientarse a que el hombre participe en el cuidado de la mujer y el recién nacida/o en la gestación, el parto, el puerperio y el primer año de vida del niño/a. Las acciones de información, comunicación y educación deben centrarse en los cuidados y controles postparto, los métodos de planificación familiar, la nutrición adecuada y la lactancia materna, los controles de crecimiento y desarrollo, la aplicación adecuada del esquema de vacunación desde el nacimiento y el establecimiento de relaciones psicoactivas adecuadas dentro de la pareja y de los padres con el nuevo hijo/a, reconocido como factor protector de la violencia intrafamiliar.
3. Promover la discriminación positiva de la mujer gestante o con niños/as pequeños/as en las actividades de la vida cotidiana, tales como acceso privilegiado a lugares públicos, el servicio de transporte público, la priorización en situaciones de emergencia, la atención prioritaria en establecimientos comerciales, entre otros.
4. Fomentar el uso seguro y racional de los medicamentos en la gestante mediante estrategias dirigidas a los profesionales de la salud, droguistas, expendedores, distribuidores y la comunidad en su conjunto, así como advertir sobre los riesgos que implica la automedicación en la gestación. (5)

• **Coordinación intersectorial e interinstitucional**

Se establecen alianzas estratégicas para la formulación, desarrollo y evaluación. Las líneas de acción son:

1. Promover proyectos de educación formal, no formal e informal para que el personal de salud fortalezca sus competencias en lo que tiene que ver con la maternidad segura en el contexto del respeto por la mujer y sus decisiones. Se deben tener en cuenta la equidad de género en las responsabilidades que debe asumir el hombre en estos eventos, la asunción por parte del personal de salud de sus responsabilidades como servidores públicos y la sujeción a las normas técnicas de detección de alteraciones del embarazo, atención del parto y atención del recién nacido/a.
2. Posicionar entre la población la idea de que con controles adecuados y a través de la consulta oportuna es posible reducir los riesgos asociados a la maternidad.
3. Coordinar con los organismos de control las acciones jurídicas correspondientes al establecimiento de investigaciones y/o la imposición de sanciones cuando haya lugar.

4. Establecer las acciones correspondientes frente al incumplimiento de la legislación vigente relacionada con la protección laboral de la mujer gestante y en lactancia.

- **Fortalecimiento de la gestión institucional**

1. Proponer cambios normativos que faciliten el acceso de toda la población a servicios de maternidad segura y de las madres y los recién nacidos asegurados y no asegurados a los diferentes niveles de complejidad según sea el caso.
2. Favorecer la identificación de los riesgos para diferentes grupos poblacionales y la prestación de servicios de calidad en todas las regiones del país de acuerdo con las características culturales, étnicas y sociales de las diferentes poblaciones.
3. Mejorar la capacidad resolutoria de la red de prestadores de servicios de primer nivel de complejidad mediante el fortalecimiento de la infraestructura y los servicios de transporte de emergencia, especialmente en las zonas de difícil acceso y con mayor mortalidad materna.
4. Diseñar, en los servicios de salud, procesos que permitan vincular al compañero de la gestante y su familia a los servicios de atención obstétrica y de atención al recién nacido.
5. Fortalecer el recurso humano para el tratamiento de las complicaciones del aborto mediante estrategias integrales que consideren los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
6. Aprovechar el puerperio mediano para la iniciación de otros programas tales como la planificación familiar, el programa ampliado de inmunizaciones y el control del crecimiento y desarrollo del recién nacido/a, entre otros.
7. Fortalecer, en las IPS de los niveles tres y cuatro de complejidad, el manejo de las urgencias obstétricas mediante la adecuada formación del recurso humano y el fortalecimiento de la infraestructura con énfasis en bancos de sangre.
8. Fortalecer la capacidad del recurso humano para clasificar el riesgo obstétrico y remitir a la gestante con oportunidad al nivel de complejidad correspondiente durante cualquier momento de la gestación, el parto o el puerperio.
9. Desarrollar mecanismos de seguimiento de la norma técnica de atención al recién nacido/a en todas las instituciones que atienden eventos obstétricos, incluyendo la aplicación de las inmunizaciones del recién nacido/a con énfasis en la primera dosis de anti hepatitis B.
10. Fortalecer las acciones para orientar e inducir la demanda de los usuarios hacia el control prenatal y la atención del parto institucional.
11. Fortalecer el sistema de vigilancia de casos de muertes maternas en cada uno de los departamentos mediante el mejoramiento del sistema de información y estadísticas vitales y la implementación y fortalecimiento de

los comités de vigilancia de mortalidad materna y perinatal en todas las instituciones de salud.

12. Mejorar en las direcciones territoriales de salud la capacidad de análisis, seguimiento y toma de decisiones en relación con la mortalidad materna y fortalecer los mecanismos de vigilancia a las instituciones responsables del cumplimiento de acciones obligatorias para la gestante y el recién nacido/a.

- **Fortalecimiento de la participación Social**

1. Promover mecanismos de quejas y reclamos que tengan que ver con consecuencias negativas en todo el proceso de gestación, parto y puerperio para la madre, el padre o el/la menor de un año. En este caso es necesario enfatizar los deberes y derechos no sólo del personal de salud sino también del padre y la madre, teniendo en cuenta que debe existir un grado de información adecuada que permita realizar este ejercicio con responsabilidad.
2. Promover la vinculación de los padres y madres de familia a las ligas y asociaciones de usuarios de las EPS y ARS y a instancias de decisión que tengan que ver con la maternidad segura a nivel municipal. (5)

- **Potenciación de las redes sociales de apoyo**

1. Identificar en los servicios de salud las redes sociales que rodean a la gestante con el fin de realizar acciones precisas que permitan intercambiar la información y apoyo necesarios durante la gestación, el parto, el puerperio y la lactancia.
2. Informar a las organizaciones comunitarias de los riesgos que pueden asociarse a la gestación y la importancia de acudir oportunamente a los servicios de salud en caso de emergencia.
3. Vincular al control prenatal a otros miembros del núcleo familiar para que, mediante una adecuada información y formación, puedan acompañar a la mujer gestante en situaciones de emergencia o detectar factores de riesgo que requieran intervención.
4. Estimular en las redes sociales identificadas la organización de mecanismos de apoyo a las mujeres gestantes en situaciones de emergencia. Además del contexto de la interculturalidad, la transformación de creencias en costumbres y prácticas tradicionales que se han identificado como no seguras y que ponen en peligro la vida de la madre y el recién nacido/a.
5. Poner en conocimiento de las redes sociales los principales riesgos y patologías asociados a la gestación, el parto y el puerperio identificados en cada zona geográfica con el fin de favorecer acciones de intervención oportunas.

FINANCIACION

Para el desarrollo de las acciones propuestas en la presente política se dispone de varias fuentes de financiación en el SGSSS para la población asegurada y no asegurada.

- Fuentes nacionales
- Población asegurada
- Población vinculada
- Población desplazada
- Sector privado
- Cooperación internacional (5)

MAPA DE COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES

Los diversos actores institucionales y sociales incluidos en este mapa tienen competencias y responsabilidades en cuanto al tema de SSR y es desde ellas que pueden y deben actuar.

- **Sector Salud**

1. Ministerio de protección social
2. Consejo nacional de seguridad social en salud
3. Consejos territoriales de seguridad social en salud
4. Direcciones territoriales de salud
5. Direcciones locales de salud
6. Entidades promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado (EPS y ARS)
7. Instituciones prestadoras de servicios (IPS)
8. Instituto nacional de salud (INS)
9. Instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos (IMVIMA)
10. Instituto nacional de cancerología
11. Instituto colombiano de bienestar familiar (ICBF)
12. Superintendencia nacional de salud
13. Agencia de cooperación internacional
14. Organizaciones no gubernamentales
15. Asociaciones científicas

- **Otros sectores**

1. Ministerio de educación
2. Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior (ICFES)

3. Universidades formadoras de recurso humano en salud
4. Ministerio de comunicaciones
5. Medios masivos de comunicaciones
6. Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses
7. Policía nacional
8. Fiscalía general de la nación (5)

1.2.5 PLAN DE CHOQUE PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA (1)

PROPÓSITO Y CONTEXTO DEL PLAN DE CHOQUE

Objetivos

- Posicionar el tema de la mortalidad materna en la agenda pública.
- Visibilizar y monitorear las responsabilidades que tienen los diferentes actores sociales e institucionales en la reducción de la mortalidad materna.
- Contribuir a que se reduzca la mortalidad materna en el país.

Propósitos

El plan de choque tiene como objetivo a reforzar la garantía de los derechos humanos de las mujeres con especial énfasis en sus derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la vida, contribuye de manera eficaz y eficiente a la reducción de la mortalidad materna y de los factores de riesgo y en la modificación de algunos de los efectos de las determinantes sociales y culturales asociadas a la mortalidad materna. (1)

Alcances

El plan de choque se realizara en nueve meses.

Áreas de acción

Se han determinado dos áreas de acción prioritarias para la implantación de estas. La primera tiene que ver con la comunicación y movilización social para sensibilizar al país frente al tema y la segunda corresponde acciones que permitan monitorear las directrices que ya han sido monitoreadas por los entes rectores y controlar a los actores responsables. (1)

Temas del plan de choque

- **Comunicación y movilización social**
 - Indiferencia social ante la mortalidad materna.

- Barreras administrativas al control prenatal adecuado e integral y la atención adecuada e integral del parto con y sin complicaciones.
 - Discriminación positiva de la mujer gestante en la vida cotidiana.
 - Falta de reconocimiento del derecho de la mujer a decidir sobre el embarazo.
 - Detección de signos y síntomas de alarma de complicaciones de la gestación.
- **Fortalecimiento de las acciones de seguimiento, vigilancia y control de la gestión institucional**
 - Vigilancia intensificada del cumplimiento de los estándares mínimos para la atención prenatal y obstétrica integral en la red de instituciones prestadoras de servicios.
 - Vigilancia del cumplimiento de las acciones de las normas técnicas y guías de atención y de los indicadores de gestión (cumplimiento y centinela de calidad) en relación con la planificación familiar, la atención del embarazo, el parto y el puerperio y sus complicaciones.
 - Vigilancia en salud pública de la mortalidad materna.
 - Evaluación de experiencias para el desarrollo de estrategias de reducción de la mortalidad materna.

CONSIDERACIONES

Para la exitosa realización de plan de choque debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- Las acciones propuestas apuntan a desarrollar los derechos humanos en general y específicamente en los derechos sexuales y reproductivos y los derechos de la mujer, cuya garantía se constituye en el fundamento del plan.
- Las acciones propuestas presuponen fuertes alianzas entre el Estado y la sociedad civil (organizaciones sociales y comunitarias, empresa privada, asociaciones de usuarios/asy comunidad, entre otros). Así mismo, presuponen un trabajo coordinado de diferentes instancias estatales del sector salud y de otros sectores y de instancias no gubernamentales y de cooperación que tienen que ver con las acciones propuestas.
- Aunque las acciones se formulan en forma general es indispensable que éstas sean adaptadas y focalizadas de acuerdo con las características de las entidades territoriales y las aseguradoras en el contexto de la descentralización y/o desconcentración.

En cuanto a las acciones del plan que tienen que ver con la comunicación y la movilización social es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- Las acciones de comunicación y movilización social propuestas necesariamente están ligadas a las acciones de vigilancia y control

formuladas en el plan, ya que sin éstas no tendrían un sentido en términos de transformación de conocimientos, actitudes, prácticas, imaginarios y representaciones sociales.

- La movilización social deseada sea real es indispensable comenzar por acciones de comunicación que sensibilicen al público en general y a los actores involucrados.
- En cuanto a la movilización social, y teniendo en cuenta que este es un plan propuesto para el corto plazo, se hace énfasis en los grupos de interés. (1)

ACTORES INVOLUCRADOS

Los protagonistas involucrados de acuerdo con las competencias y responsabilidades estipuladas en la normatividad vigente cumplirán con sus funciones. Dichos protagonistas son:

- La Superintendencia Nacional de Salud (SNS).
- Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS).
- Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).
- Las Direcciones Territoriales de Salud (DTS).
- Los gobernadores y alcaldes.

De otra parte, es importante vincular otras instancias que pueden impulsar el trabajo:

- Las Agencias de Cooperación Internacional que trabajan en el tema.
- La empresa privada.
- Las ONG y la sociedad civil.
- La academia y las sociedades científicas. (1)

ACCIONES DE COMUNICACIÓN Y MOVILIZACIÓN SOCIAL

TEMA: Indiferencia social ante la mortalidad materna

Estrategia: Realizar campañas de sensibilización frente a la mortalidad en medios masivos de comunicación social (televisión, prensa, radio) de cubrimiento nacional y regional.

Barrera: El público en general tiene un bajo nivel de sensibilidad y conocimiento frente al tema de la mortalidad materna.

Objetivo: Sensibilizar al público en general frente a la mortalidad materna con miras a que cada quien asuma sus responsabilidades frente al tema de la reducción de la misma.

TEMA: Barreras administrativas al control prenatal adecuado e integral y la atención adecuada e integral del parto con y sin complicaciones

Estrategia: Realizar acciones de comunicación al interior de las IPS para que se minimicen las barreras administrativas al control prenatal adecuado e integral y la atención adecuada e integral del parto con y sin complicaciones.

Barrera: Los actores institucionales de las IPS (personal administrativo, de servicio y médico) tienen un bajo nivel de sensibilidad ante la mortalidad materna, lo cual lleva a que interpongan barreras administrativas a las mujeres que acuden a controles prenatales y atención del parto.

Objetivo: Sensibilizar a los actores institucionales de las IPS frente al tema de los derechos de las mujeres gestantes con miras a minimizar las barreras administrativas que obstaculizan el control prenatal adecuado e integral y la atención adecuada e integral del parto con y sin complicaciones.

TEMA: Detección de signos y síntomas de alarma de complicaciones en el embarazo

Barrera: Las madres, padres de familia y la comunidad en su conjunto (en sus niveles familiar, vecinal e institucional) no conocen los síntomas y signos más comunes que sugieren que un embarazo y un parto se están complicando y por ello no buscan atención adecuada.

Estrategia: Realizar acciones de comunicación en medios de cubrimiento local/comunitario.

Objetivo: Sensibilizar a las comunidades de estratos populares (1, 2 y 3) urbanas y rurales sobre los signos y síntomas de alarma de complicaciones del embarazo.

FORTALECIMIENTO DE LAS ACCIONES DE SEGUIMIENTO, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL

TEMA: Vigilancia intensificada del cumplimiento de los estándares mínimos para la atención prenatal y obstétrica integral en la red de instituciones prestadoras de servicios

Barrera: La red de servicios disponible presenta diferentes condiciones de desarrollo y se encuentran zonas muy desprotegidas, con una red insuficiente y mal aprovisionada para la atención prenatal y obstétrica integral.

Estrategia: Intensificar el proceso de habilitación y auditoría de calidad para los servicios relacionados con la atención prenatal y obstétrica integral, y la referencia y la contrarreferencia dentro del marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Objetivo: Garantizar las condiciones y procesos mínimos en las IPS requeridos para la segura atención prenatal y obstétrica integral.

TEMA: Vigilancia del cumplimiento de las acciones de las normas técnicas y guías de atención y de los indicadores de gestión (cumplimiento y centinela de calidad) en relación con la planificación familiar, la atención del embarazo, el parto y el puerperio y sus complicaciones

Barrera A: Las EPS y ARS no cuentan con incentivos que fomenten la sana competencia entre ellas.

Estrategia: Crear incentivos para generar acciones de mejoramiento al interior de las aseguradoras.

Objetivo: Generar conocimiento público de la gestión de las aseguradoras en el cuidado prenatal y obstétrico y fortalecer el control social.

TEMA: Vigilancia en salud pública de la mortalidad materna

Barrera: Los actores del SGSSS (IPS, EPS, ARS y DTS) no realizan un proceso periódico de seguimiento y análisis de la mortalidad materna.

Estrategia: Implementar el modelo de vigilancia de mortalidad materna en todo el territorio nacional para que se realice de manera sistemática, efectiva y oportuna.

Objetivo: Realizar vigilancia de los casos de mortalidad materna, para establecer las causas, los factores asociados, las patologías relacionadas, los procesos que pueden estar relacionados y las medidas concretas de mejoramiento.

TEMA: Evaluación de experiencias para el desarrollo de estrategias de reducción de la mortalidad materna

Barrera: No se conocen ampliamente los resultados de experiencias exitosas regionales y/o locales para la reducción de la mortalidad materna. Muchas de estas experiencias han funcionado a pesar de barreras de acceso geográfico, de problemas de orden público y de determinantes socioculturales negativos.

Estrategia: Divulgar experiencias exitosas regionales y/o locales para la reducción de la mortalidad materna.

Objetivo: Demostrar que la mortalidad materna puede reducirse a pesar de condiciones adversas del contexto. (1)

1.3 ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE PLAN DE CHOQUE PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

**DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA, SECRETARÍA DE SALUD,
DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

GUÍA DE OBSERVACIÓN II: RECEPCIÓN DE LA USUARIA

El propósito de ésta sección es observar a una usuaria desde el momento desde que ingresa a la institución de salud hasta que se encuentra con el proveedor del servicio. (6)

Ésta encuesta está dividida en áreas de evaluación dependiendo del momento de atención dado a la gestante. (Anexo no. 2)

- Información general
- Área de facturación
- Área de recepción
- Área de espera
- Área de laboratorio
- Área de consulta
- Área de farmacia
- Área de citas médicas
- Área de ecografía
- Contenido de la consulta
- Relaciones interpersonales
- Información sobre la consulta
- Aceptabilidad de los servicios

1.4 MODELO DE ENFERMERÍA RELACIONADO AL PLAN DE CHOQUE PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

MODELO TEORICO DE ADOPCION DEL ROL MATERNO DE RAMONA T. MERCER (7)

RAMONA T. MERCER, Es una profesional de enfermería de Alabama, licenciada en enfermería materno infantil, Doctorado en enfermería maternal, además de recibir el premio de la enfermera en salud materno infantil del año.

El modelo teórico propuesto por Mercer, es una teoría de rango medio que tiene su aplicación en el cuidado de enfermería para la adopción del rol materno, desde la gestación hasta el primer año de vida de su hijo. Este es un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución personal, en donde comienza a sentirse vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo. También hay un desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna. (7)

Mercer se basa en la teoría de adopción maternal en los diferentes factores:

- **ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL:** Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprendiendo tareas nuevas del cuidado al mismo tiempo experimentando placer y gratificación al hacerlo. (7)
- **EDAD MATERNA:** Cronológica y de desarrollo.
- **PERCEPCIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL NACIMIENTO:** La percepción de la mujer durante el parto y el nacimiento.
- **AUTOESTIMA:** La percepción del individuo de como los otros lo ven y la auto aceptación de estas percepciones.
- **AUTOCONCEPTO:** Percepción general del yo que incluye la autosatisfacción, la auto aceptación, la autoestima y la coherencia entre la identidad ideal y la identidad.
- **FLEXIBILIDAD:** La flexibilidad de las actitudes de crianza aumenta el desarrollo de las madres más mayores poseen el potencial para responder de modo menos rígido con respeto a sus hijos y para considerar cada situación según las circunstancias.
- **ACTITUDES RESPETO A LA CRIANZA:** Actitudes y creencias maternas sobre la crianza.

- **ESTADO DE SALUD:** Las percepciones de la madre y el padre acerca de su salud anterior, actual, futura; la resistencia susceptible a la enfermedad; la preocupación por la salud; la orientación de la enfermedad y el rechazo del papel de enfermos.
- **ANSIEDAD:** propensa a percibir las situaciones estresantes como peligrosas o amenazantes.
- **TENSIÓN DEBIDA AL ROL:** El conflicto y dificultad que una mujer siente cuando debe enfrentar su rol maternal.
- **GRATIFICACIÓN:** La satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una madre experimenta en la relación con su hijo.
- **UNIÓN:** Un elemento del rol parental y de la identidad.
- **TEMPERAMENTO DEL NIÑO:** Hay temperamentos fáciles y difíciles, directamente relacionado con la dificultad del niño para comunicarse con la madre creando respuestas de rabia o frustración.
- **ESTADO DE SALUD DEL NIÑO:** Enfermedades que interfieren en el proceso de unión, ya que obligan a la madre a separarse del niño.
- **CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO:** Temperamento, apariencia, estado de salud.
- **FAMILIA:** Sistema dividido en otros subsistemas como lo son; los individuos, la madre-padre, madre-niño, padre-niño. Etc.
- **FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA:** La visión individual y las actividades dentro del núcleo familiar.
- **ESTRÉS:** Sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo.
- **APOYO SOCIAL:** La cantidad de ayuda que se recibe y la satisfacción que produce esta ayuda: Apoyo emocional: sentirse amado, cuidado y comprendido, apoyo informativo: ayuda al individuo a solucionar problemas, apoyo físico: tipo directo de ayuda, apoyo de valoración: informa a la persona de cómo está llevando a cabo su rol. (7)

CONCEPTOS DESARROLLADOS EN LA TEORÍA

PERSONA

Mercer para esta teoría establece los siguientes supuestos:

1. Un núcleo propio, relativamente estable, adquirido por medio de una socialización a lo largo de la vida.
2. Además de la socialización de la madre la instrucción de la misma, para tener como respuesta las conductas
3. El compañero del rol de la madre.
4. El niño considerado como un compañero, ya que lleva a la madre a cada proceso de acuerdo su rol maternal.
5. El compañero íntimo de la madre o el padre
6. La identidad materna se desarrolla con la unión materna. (7)

CUIDADO O ENFERMERÍA

Mercer se refiere a la enfermería como la ciencia que pasa de una adolescencia turbulenta a una madurez. Además define a las enfermeras como las personas encargadas de promover la salud en las familias y en los niños y las pioneras desarrollando estrategias de valoración. En su teoría no solo habla de la importancia de la enfermería sino de la importancia del cuidado enfermero, en cada unidad, en cada tipo de cuidado que recibe la madre en cada etapa de su maternidad.

SALUD

Define la salud como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura. La resistencia-susceptibilidad la enfermedad. El estado del recién nacido es el grado de enfermedad presente, y el estado de salud del niño según las creencias de los padres y la salud global. También menciona como el estado de salud de toda la familia se ve afectado por el estrés del parto y como se consigue la misma por el rol materno.

ENTORNO

Mercer definió el entorno como el desarrollo de una persona va ligada directamente a este, y no definirse cada uno, expone que hay una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más grandes en los que se incluyen los ambientes. (7)

AFIRMACIONES TEÓRICAS

Mercer en su teoría se centra en la transición de la mujer al convertirse en madre, lo que implica un cambio amplio en su espacio vital que requiere un desarrollo continuo, por lo tanto el modelo de Mercer se sitúa en círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y macrosistema.

- El microsistema: Es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y los factores del funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Esta es la parte que más afecta la adopción del rol maternal, este rol se consigue por las interacciones con el padre, la madre y el niño.
- El mesosistema: Es el que incluye, interactúa y agrupa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema influyen en lo que ocurre con el rol materno en desarrollo y el niño; en este se incluyen la escuela, guarderías, entorno laboral, lugares de culto y otras entidades de la comunidad.
- El macrosistema: Este se refiere a los prototipos que existen en la cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida, también incluye

influencias culturales, políticas y sociales. El macrosistema lo origina el entorno del cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal, las leyes nacionales respecto a las mujeres y niños y las prioridades del rol materno en la adopción del rol materno. (7)

La adopción del rol sigue cuatro estadios de adquisición del rol que son los siguientes:

- Anticipación: Este estadio empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo.
- Formal: Empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje de rol y su activación. Las conductas de rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.
- Informal: empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social. La mujer hace que su nuevo rol encaje en su estilo de vida basándose en experiencias pasadas y objetivos futuros.
- Personal: o de identidad de rol se produce cuando la mujer interioriza el rol, la madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia, en el modo en que lleva a cabo el rol y alcanza el rol maternal. (7)

2. PLAN DE CHOQUE PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA DIRIGIDO A LAS IPS DEL MUNICIPIO DE CHÍA, CUNDINAMARCA

El Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna, tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención a las gestantes de manera oportuna y sin barreras en las IPS del municipio de Chía, para poder lograr este objetivo tenemos que mirar de una manera holística a la gestante, teniéndole en cuenta desde su integridad física hasta su integridad emocional, por esta razón es conveniente implementar el modelo teórico del rol materno de Ramona Mercer en cada valoración que se le realice, ya que este al aplicarlo a la gestante nos ofrece información acerca de la evolución personal y la competencia que ha ido adquiriendo la gestante a medida que evoluciona la gestación.

El método utilizado fue la evaluación y seguimiento a la implementación del Plan de choque para la Reducción de la Mortalidad Materna en las IPS del municipio de Chía, el instrumento fue una lista de chequeo con la cual se realiza la evaluación y el seguimiento. El escenario utilizado, fue la Secretaria de Salud de Chía y las IPS del municipio. Los participantes de este proceso son: Las enfermeras de las IPS del municipio, las enfermeras de la Secretaria de Salud de Chía y por último las estudiantes de la Universidad de la Sabana.

2.1 LISTA DE CHEQUEO

Esta lista de chequeo fue realizada con base a la encuesta de evaluación del plan de choque para la reducción de la mortalidad materna, elaborada por la Dirección de Salud Pública de la Secretaría de Salud del Departamento de Cundinamarca (6), esta encuesta es dada a todos los municipios como lineamiento para ser aplicada en todo el departamento.

La lista de chequeo fue aplicada a 9 de las 12 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del municipio de Chía; tiene como objetivo verificar la implementación del Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna.

Estas Instituciones son:

1. Hospital San Antonio de Chía E.S.E
2. Famisanar Cafam
3. Clínica Chía
4. Compensar
5. Clínica Universidad de la Sabana
6. Medika

- 7. Coomeva
- 8. Corvesalud
- 9. Clinimedic

Ésta contiene 22 ítems dentro de los cuales se evalúa desde la atención de la gestante al momento de entrar a la IPS, hasta el momento de consulta y de educación que es brindada por los profesionales de la salud, cada uno contiene 3 opciones de respuesta: Si (2), No (1) y No aplica (0). (Anexo No. 3)

3. RESULTADOS DE LA LISTA DE CHEQUEO

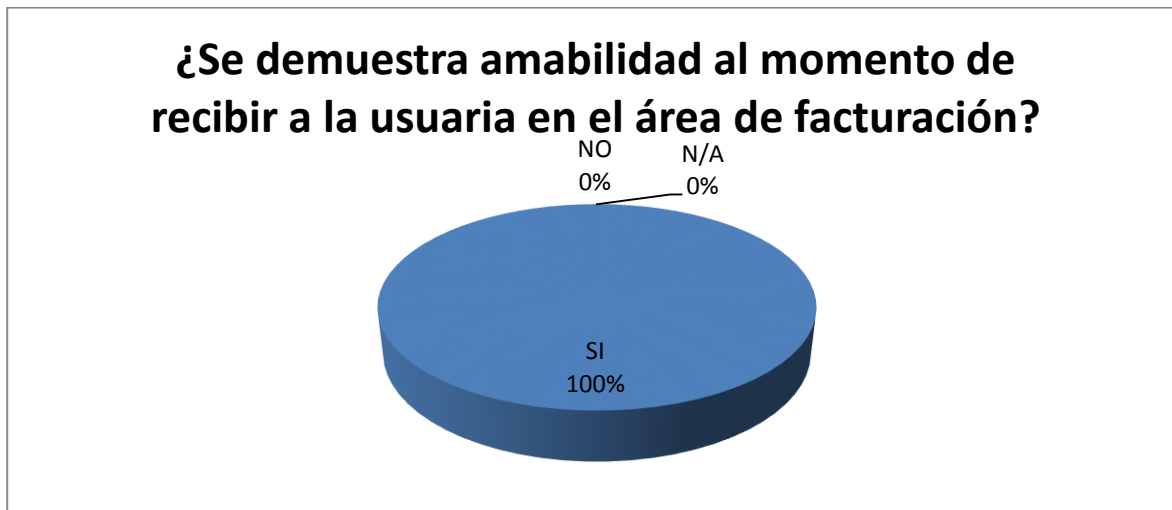


Tabla 1. Amabilidad en el Área de Facturación.

El 100% de las IPS evaluadas, demuestra amabilidad al momento de recibir a la usuaria en el área facturación, esto promueve la satisfacción de las usuarias, permitiendo así, que se sientan en un ambiente agradable al cual es grato ir, para recibir la atención necesaria y por ende, evitar complicaciones relacionadas con la inasistencia a las citas de control prenatal.

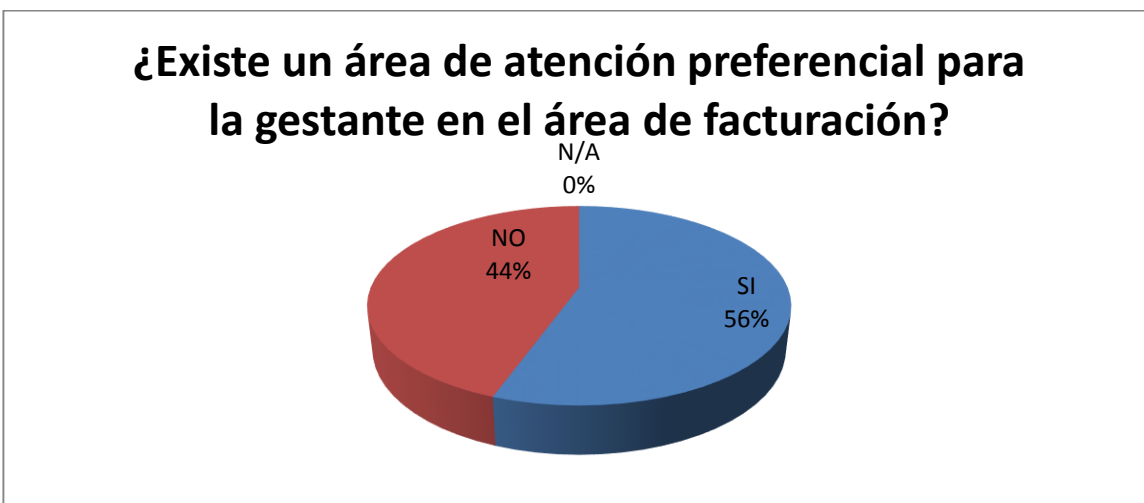


Tabla 2. Área de atención preferencial en el área de facturación.

El 44% de las IPS evaluadas no tiene un área de atención preferencial para la gestante en el área de facturación, evitando así, una adecuada atención desde el primer momento en el que la gestante llega a la IPS.

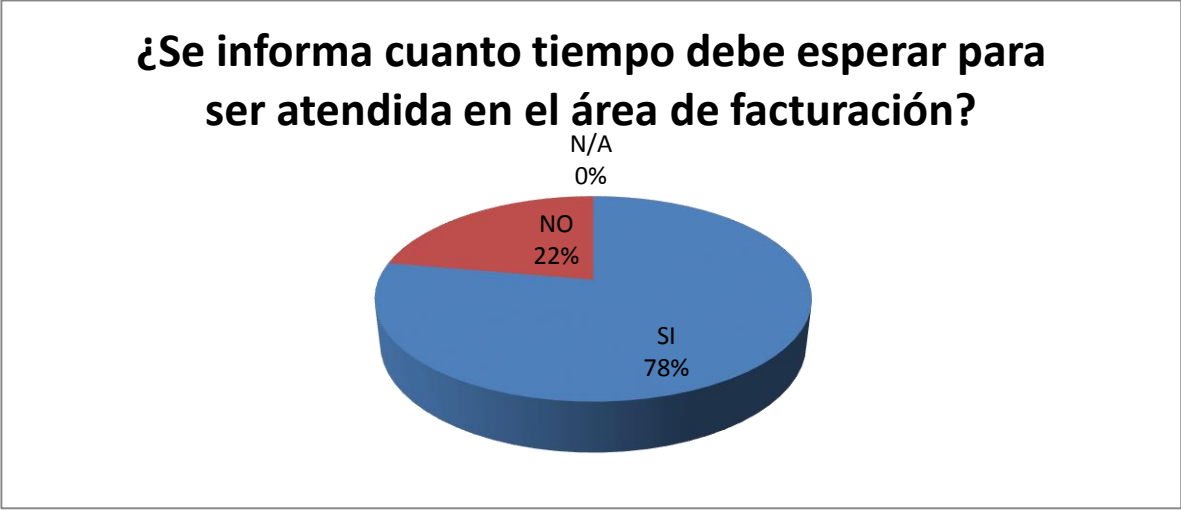


Tabla 3. Tiempo de espera en el área de facturación.

El 78% de las IPS evaluadas informa cuanto tiempo demoran los procesos que son realizados por cada gestante desde el momento que es atendida en el área de facturación.

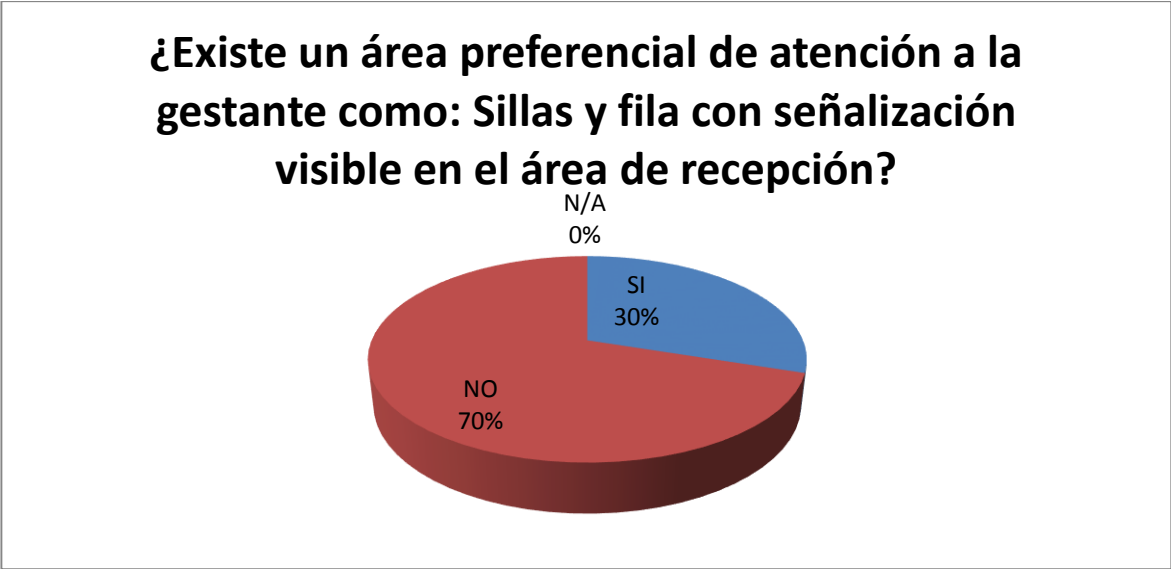


Tabla 4. Área preferencial para la gestante.

El 70% de las IPS evaluadas no cuenta con un área preferencial de atención a la gestante que se componga de sillas y filas con su respectiva señalización, esto genera que, las usuarias no tengan garantías para esperar en un espacio que les brinde la comodidad y seguridad que ellas requieren, esto promueve la generación de accidentes que aumentan el riesgo de co-morbilidades.

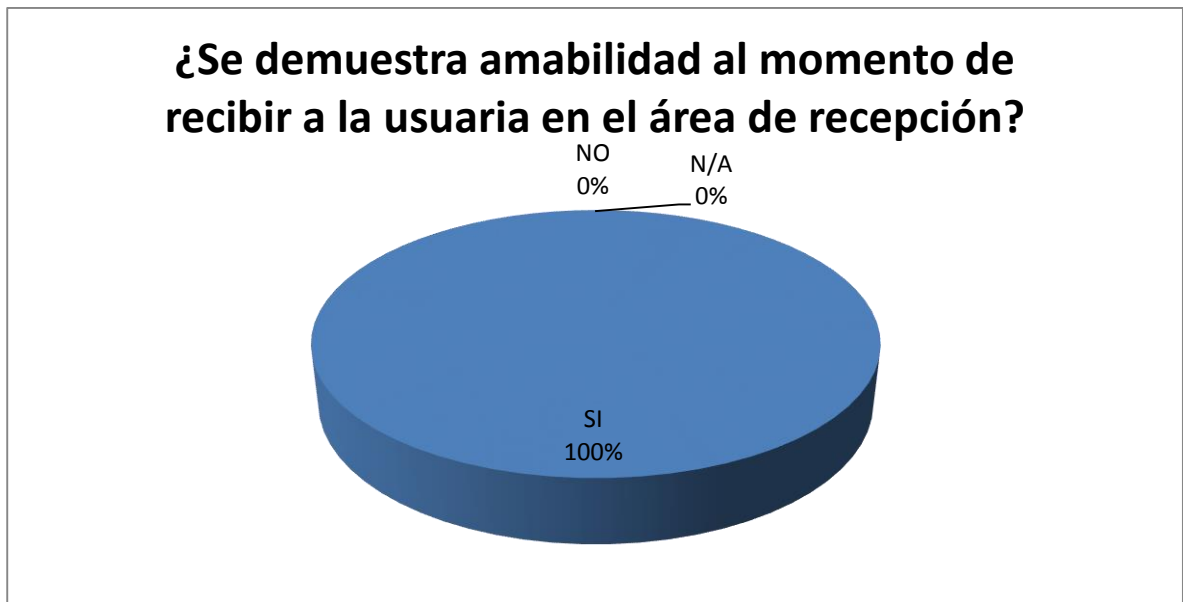


Tabla 5. Amabilidad en el área de recepción.

El 100% de las IPS evaluadas demuestra amabilidad al momento de recibir a las gestantes en el área de recepción.

¿Se brinda educación a la gestante (videos, charlas, discusiones en grupo, materiales) en el área de sala de espera?

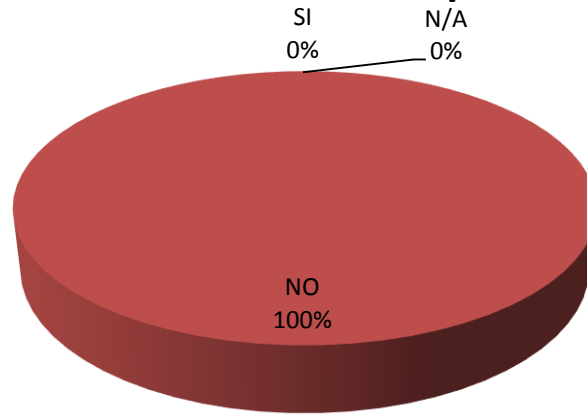


Tabla 6. Educación a la gestante en el área de espera.

En ninguna de las IPS se brinda educación a las gestantes, que, es necesaria para que ellas puedan tener más información acerca de los procesos normales y anormales de una gestación

¿Hay sillas suficientes en el área de espera?

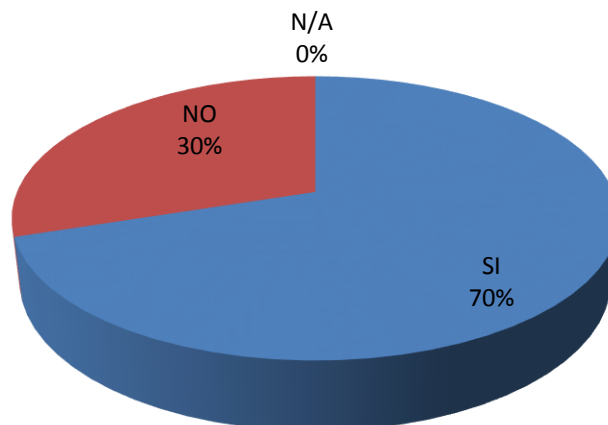


Tabla 7. Sillas en el área de espera.

El 70% de las IPS evaluadas cuenta con la cantidad de sillas suficientes en el área de espera, lo que promueve la seguridad para las gestantes y en general para toda la población que consulta diariamente a éstas.



Tabla 8. Comodidad del consultorio.

Como en la primera evaluación, el 100% de las gestantes encuestadas refiere haber sido atendida de una manera adecuada, promoviendo el buen trato y brindando la información para cada necesidad expuesta

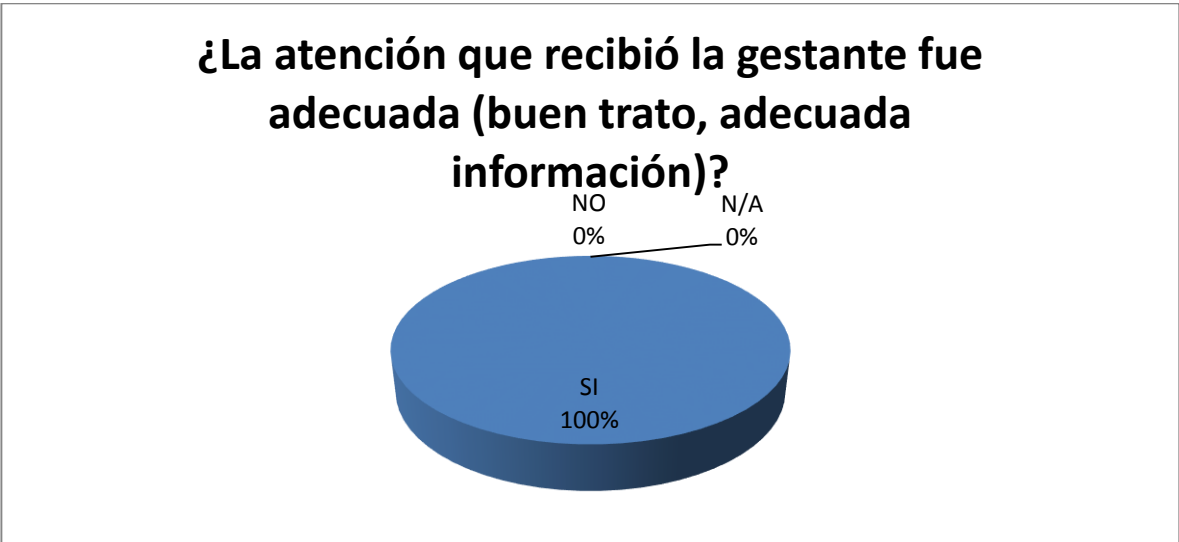


Tabla 9. Atención adecuada.

El 100% de las gestantes encuestadas refiere haber sido atendida de una manera adecuada, promoviendo el buen trato y brindando la información para cada necesidad expuesta.

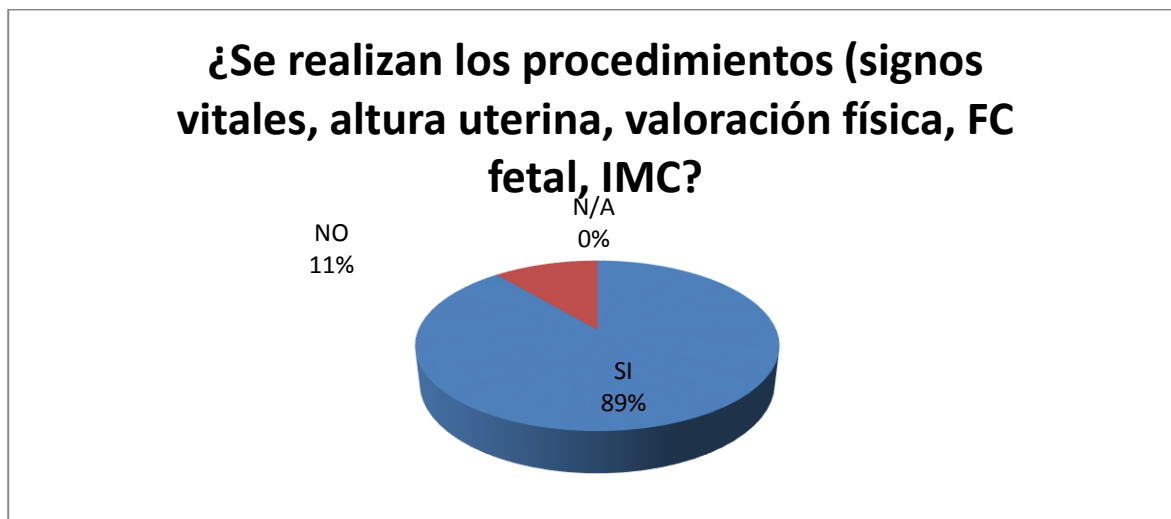


Tabla 10. Procedimientos en la valoración.

A pesar de tener todos los instrumentos para una completa y correcta valoración, el 11% de las IPS no realizan valoraciones completas a las gestantes durante el control prenatal, esto ocasiona que, no se tengan en cuenta parámetros importantes para vigilar y controlar factores de riesgo que puedan llegar a ser causa de morbilidad.

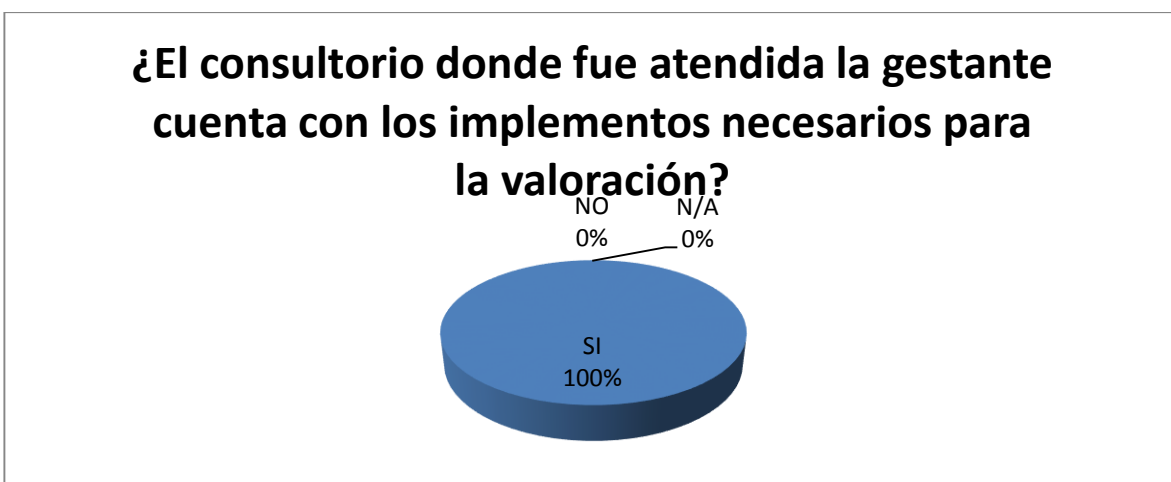


Tabla 11. Implementos en la valoración.

El 100% de las IPS cuenta con todos los implementos necesarios para realizar adecuadas valoraciones a las gestantes.



Tabla 12. Duración de la consulta.

El 11% de las IPS evaluadas no cumple con los 20 minutos mínimos de atención durante la consulta de control prenatal, esto genera inconvenientes al momento de evaluar factores de riesgo, debido al poco tiempo que se emplea para ello.



Tabla 13. Curso de preparación a la maternidad y paternidad responsable.

El 33% de las IPS encuestadas además de ofrecer el curso para la preparación a la maternidad y paternidad responsable, lo promocionan de manera activa,

mientras que el 45% de las IPS a pesar de que tienen este curso no lo ofertan por ningún medio visual ni en la consulta prenatal, mientras que, el 22% de las IPS no aplican debido a que dentro de estas no se realiza este curso.

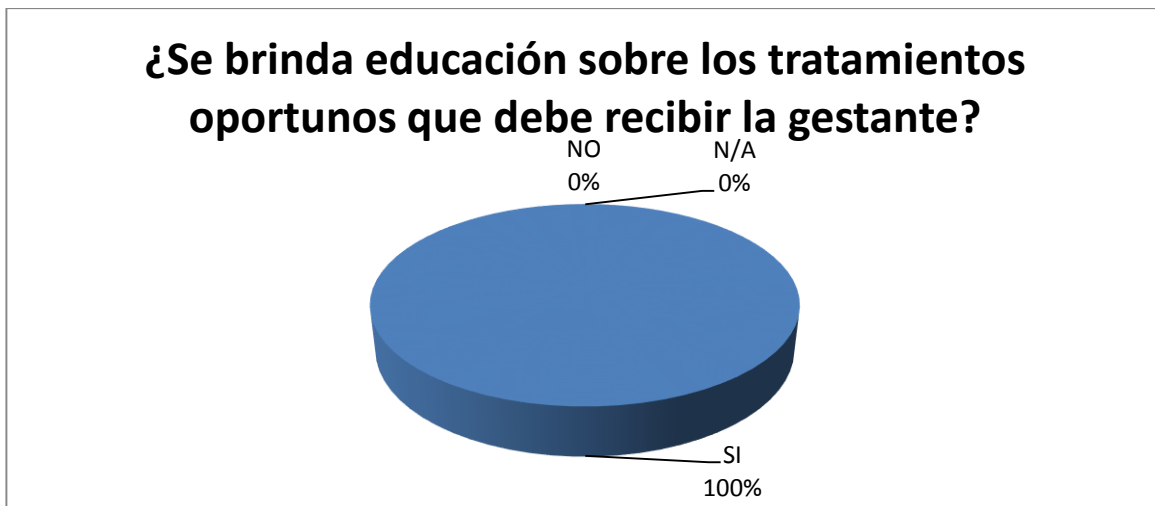


Tabla 14. Educación sobre tratamientos oportunos.

El 100% de las IPS encuestadas brindan educación acerca de los tratamientos oportunos que debe recibir la gestante de acuerdo a su condición de salud actual, además brindan educación acerca de la importancia de recibirlos.



Tabla 15. Carné de maternidad.

El 100% de las IPS durante los controles prenatales realizados a las gestantes diligencian completamente el carné de maternidad.

¿Se hace promoción de la importancia de la vacunación?

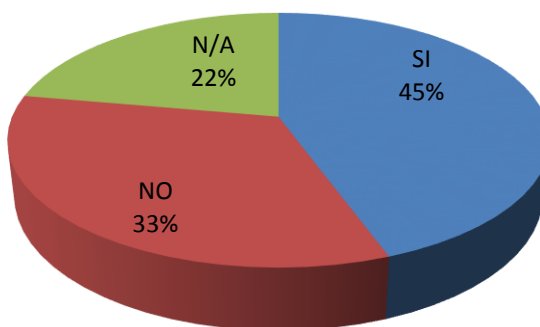


Tabla 16. Promoción de la vacunación.

El 45% de las IPS evaluadas además de ofrecer el servicio de vacunación dentro de sus instalaciones también realizan demanda inducida para que las gestantes acudan a este para ser vacunadas oportunamente, además, dándoles a conocer los beneficios que traen para ellas la vacunación de manera oportuna en la gestación.

¿Existe área preferencial en la sala de urgencias?

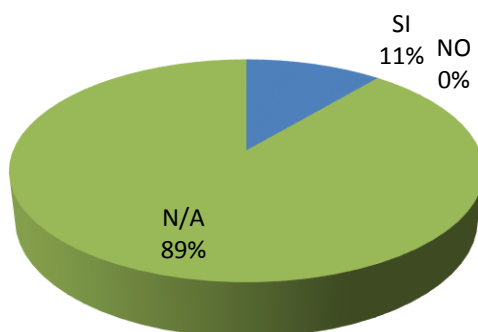
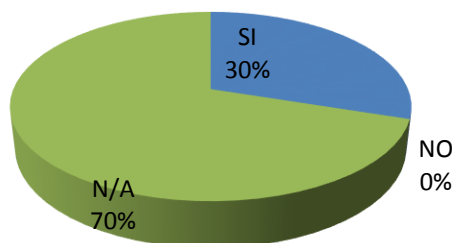


Tabla 17. Área preferencial en urgencias.

El 11% de las IPS tiene un área preferencial en el servicio de urgencias donde la gestante es atendida, mientras es valorada en el área de gineco obstetricia.

¿La paciente es remitida directamente de sala de urgencias al área de gineco obstetricia?



18. Remisión de urgencias a gineco obstetricia.

El 70% de las IPS evaluadas no tienen servicios de hospitalización ni de urgencias, mientras que el 30% restante presta estos servicios y remite directamente a la gestante al servicio de gineco obstetricia para ser valorada.

¿Son visibles las señales de alarma por las cuales la gestante debe acudir al servicio de urgencias?

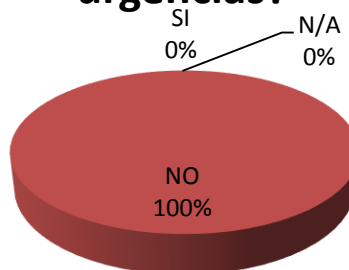


Tabla 19. Educación en señales de alarma, en la gestación.

En ninguna de las IPS evaluadas son visibles por medio de ayudas visuales los signos de alarma por los cuales se deba acudir al servicio de urgencia, esto ocasiona que en la mayoría de las gestantes haya desconocimiento de estos y consulten de manera indiscriminada quitando oportunidad de cita a otras gestantes, o, por otro lado, que no presten atención por desconocimiento a los signos que pueden poner en riesgo inminente su vida y la de su hijo.

¿Se brinda la educación e información necesaria de la situación actual de salud?

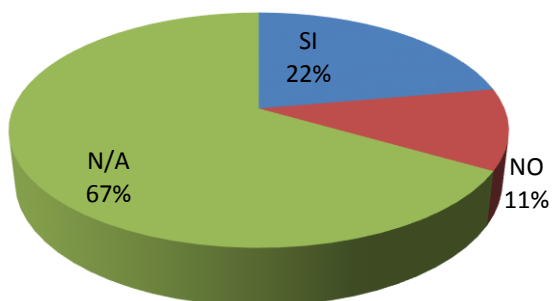


Tabla 20. Información de la situación actual.

El 11% de las IPS evaluadas no brindan educación e información necesaria acerca de la situación de salud actual de las gestantes, cuando estas se encuentran hospitalizadas.

¿se realiza atención prioritaria a la gestante la cual sus signos y síntomas de atención lo amerita?

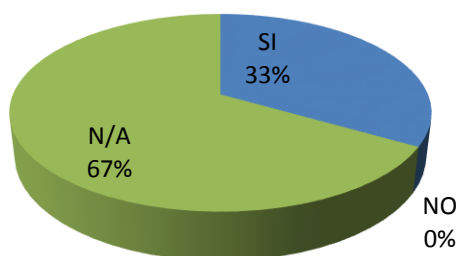


Tabla 21. Atención prioritaria.

El 33% de las IPS realizan atención prioritaria a la gestante si esta presenta signos y síntomas que lo ameriten, mientras que el 67% de las IPS aunque no cuentan con el servicio de atención prioritaria, siempre, si observan alguna gestante que requiera esta atención es remitido a los sitios establecidos para poder recibirla.

¿Se realiza monitoreo constante durante la labor de parto?

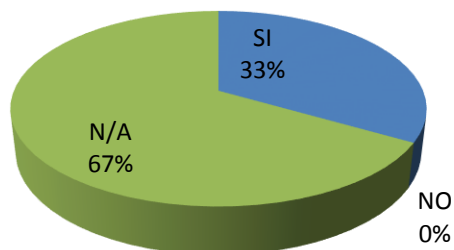


Tabla 22. Monitoreo durante el parto.

El 33% de las IPS encuestadas monitorean constantemente la labor de parto, evitando así, omitir complicaciones que pueden ocurrir durante este, mientras que, el 67% no aplica, puesto que estas instituciones no presta servicio clínico de gineco obstetricia.

3.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La lista de chequeo aplicada a las IPS del municipio de Chía, generaron la siguiente información, permitiendo su análisis:

- Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cuentan con los implementos necesarios para hacer valoraciones completas a las gestantes durante los controles prenatales, para la oportuna detección y control de factores de riesgo.
- El personal de las IPS se muestra amable y siempre dispuesto a prestar una oportuna atención y de calidad a la gestante.
- Se encuentra que las IPS donde se reciben y valoran a las gestantes que están en labor de parto o que requieren atención de urgencias son atendidas de manera oportuna por el área de ginecobstetricia y son monitorizadas constantemente en miras de la detección temprana de factores de riesgo que puedan poner en riesgo su vida y la de su hijo.
- En las Instituciones Prestadoras De Salud existe posiblemente desinformación respecto a la normatividad que plantea el Plan de Choque

para la Reducción de la Mortalidad Materna en cuanto a la atención preferencial que se le debe brindar a la gestante, en las áreas existentes en las Instituciones, esto incluye cantidad de sillas necesarias con su respectiva señalización y filas de atención preferencial.

- Se encuentra que en las Instituciones Prestadoras de Salud, hay desconocimiento en cuanto a la educación que debe ser dada a las gestantes por medio de herramientas y recursos de alto impacto visual en las áreas de espera, facturación y recepción, sobre los temas de la importancia de la vacunación, asistencia al control prenatal y asistencia a los cursos de preparación para la maternidad y la paternidad, cambios normales que ocurren durante la gestación y los signos de alarma por los cuales se debe asistir a urgencias.

3.2 PLAN DE ACCION PARA LAS IPS DEL MUNICIPIO DE CHIA

- **SENSIBILIZACIÓN A LOS TRABAJADORES DE LAS IPS ANTE LA REALIDAD DE LA MORTALIDAD MATERNA**

Se proponen talleres de sensibilización dirigidos a los trabajadores de las IPS, donde a través de datos estadísticos que muestren en detalle la situación actual de las gestantes en cuanto a mortalidad y morbilidad; con el fin de generar sensibilización frente a la atención a las gestantes, entendiendo de manera consciente el grado de vulnerabilidad que ellas presentan y por ende, la atención con calidad humana que se les debe brindar.

- **BARRERAS ADMINISTRATIVAS RELACIONADAS CON EL CONTROL PRENATAL**

Se recomienda estandarizar los tiempos de espera en cada área de las instituciones para la atención de las gestantes, además se debe sensibilizar sobre los derechos de las mujeres gestantes con miras de disminuir las barreras administrativas, esto se puede realizar a través de reuniones de todo el personal que trabaja en las IPS. Para estas reuniones se deben elaborar folletos cuyo contenido haga alusión a: derechos que tienen las mujeres gestantes.

- **DETECCIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS RELACIONADOS CON COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO**

Se sugiere elaborar un poster de los signos y síntomas de alarma en el embarazo, por los cuales las gestantes se deben dirigir al hospital inmediatamente éste debe estar ubicado en la sala de urgencias, la sala de espera y en el servicio de ginecobstetricia. Este poster debe tener el lenguaje y características socioculturales del público al que se va a presentar.

- **VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DE LA MORTALIDAD MATERNA**

Hacer seguimiento a los casos de mortalidad materna que se presenten en cada institución con el fin de identificar causas, factores asociados, patologías relacionadas, además, de procesos que pueden estar relacionados con la muerte. Con esta información tomar medidas en las cuales se tengan presentes estos datos para evitar que nuevos casos se presenten.

- **SEÑALIZACION DE ATENCION PREFERENCIAL RELACIONADA CON LA ATENCION PARA LA MUJER GESTANTE**

Se sugiere crear parámetros con los cuales se indique la señalización en las áreas donde la gestante debe ser atendida de manera preferencial (filas) incluyendo además, suficiente cantidad de sillas con su respectiva señalización en las cuales las gestantes pueden esperar hasta el momento de ser recibir atención.

- **DEMANDA VISUAL DE ALTO IMPACTO**

Se aconseja realizar educación a las gestantes por medio de ayudas audiovisuales, acerca de la importancia a la vacunación, la asistencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad, los signos de alarma para asistir a urgencias y la importancia de asistir a los controles prenatales.

3.3 SEGUIMIENTO DE LA IMPLEMENTACION DE PLAN DE CHOQUE PARA LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNA

El seguimiento de la implementación de la lista de chequeo se realizó en el periodo 2014-2, durante los meses de Septiembre y Octubre. Se utilizó la misma lista de chequeo; en esta oportunidad no se realizó retroalimentación con el personal, debido a la falta de tiempo con el que contaban las IPS para comentar lo evaluado.

A continuación se muestran las gráficas de resultados de la segunda evaluación de la lista de chequeo para la implementación del Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna en las IPS del municipio de Chía, adicionalmente al análisis de cada resultado se evidencia una breve comparación con los resultados de la primera evaluación.

3.4 RESULTADO DE LA LISTA DE CHEQUEO

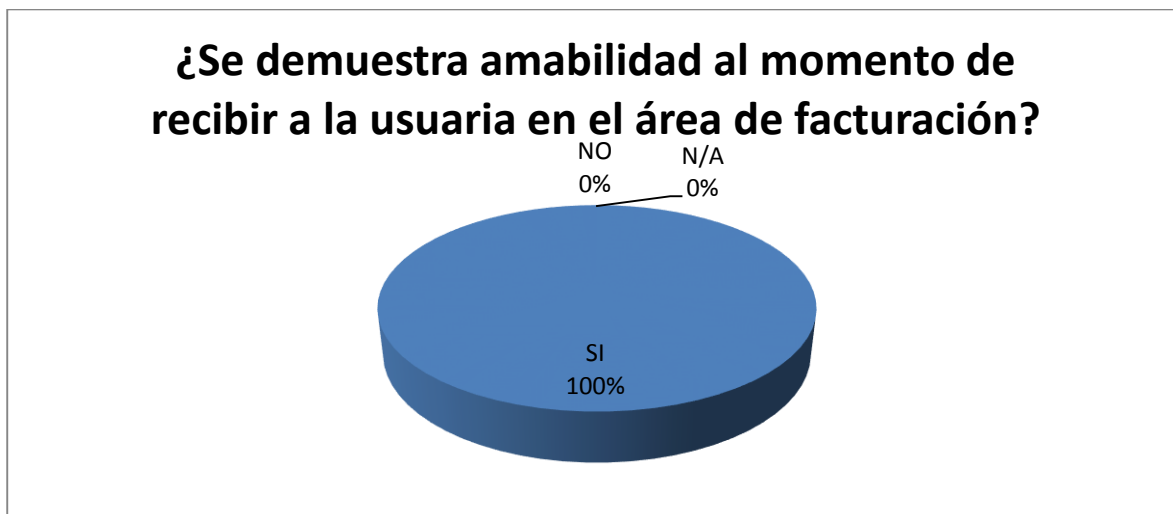


Tabla 23. Amabilidad en el área de facturación.

El 100% de las IPS evaluadas, demuestra amabilidad al momento de recibir a la usuaria en el área facturación, lo que promueve la satisfacción de estas.

2. Existe una area de atencion preferencial para la gestante en el area de facturacion

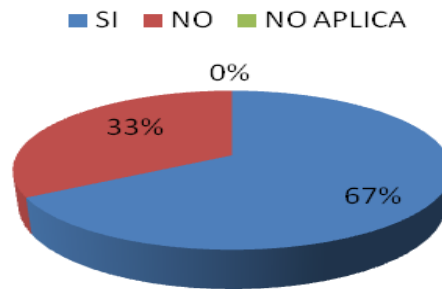


Tabla 24. Área de atención preferencial en el área de facturación.

El 33% de las IPS evaluadas no tiene un área de atención preferencial para la gestante en el área de facturación, evitando así, una adecuada atención desde el primer momento en el que la gestante llega a la IPS. Lo que demuestra que hubo una mejora en un 11% después de las recomendaciones dadas acerca de tener un área preferencial para la gestante en el área de facturación.

3. Se informa cuanto tiempo debe esperar para ser atendida en el area de facturacion

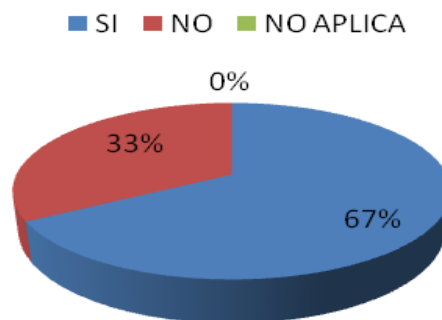


Tabla 25. Tiempo de espera en el área de facturación.

El 67% de las IPS informa a las gestantes cuanto tiempo deben esperar para ser atendidas en el área de facturación. Con lo que podemos evidenciar que hubo un decaimiento del 11% en este proceso.

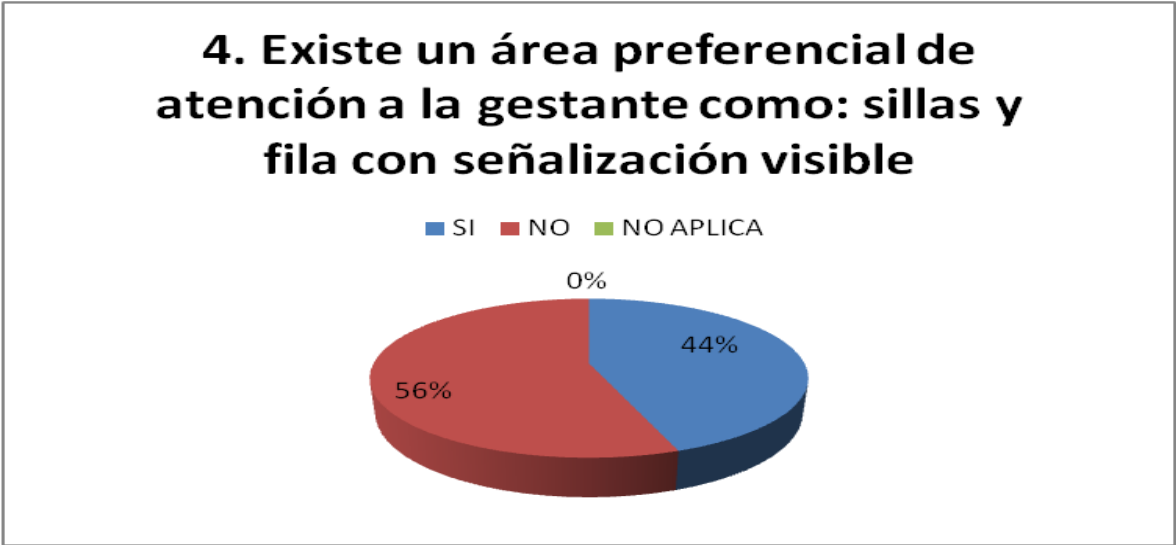


Tabla 26. Área preferencial para las gestantes.

El 56% de las IPS evaluadas cuentan con un área de atención preferencial a las gestantes compuestas de sillas y señalización visible, estos resultados a comparación de la primera evaluación demostraron una mejoría en cuanto a este ítem, y ya que el sí aumentó en un 26%.

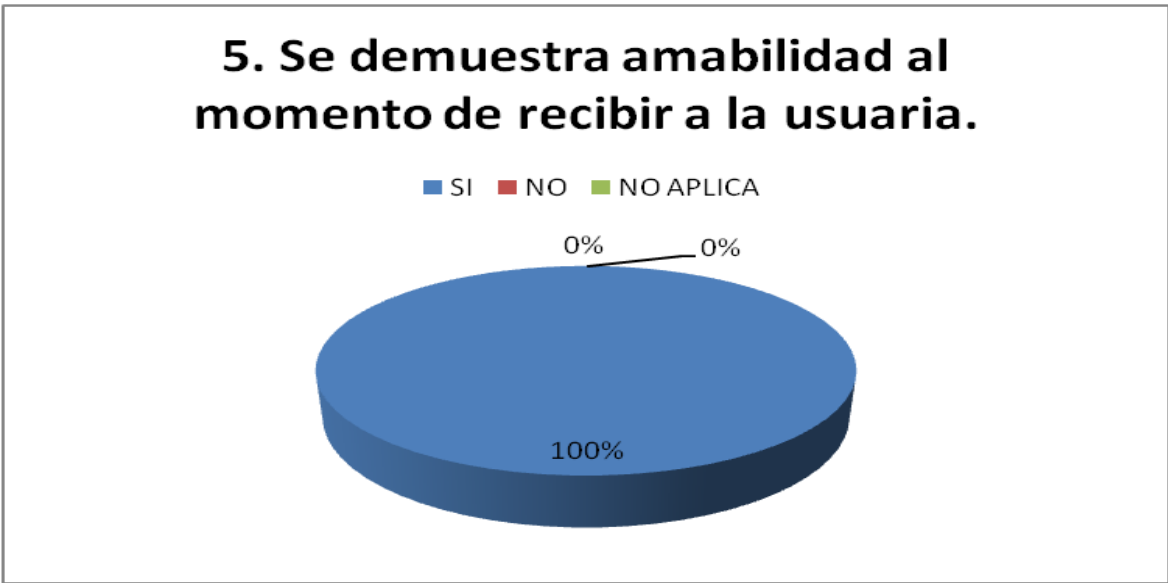


Tabla 27. Amabilidad en el área de recepción.

El 100% de las IPS evaluadas demuestra amabilidad al momento de recibir a la usuaria, este resultado es igual al de la primera aplicación de la lista de chequeo en las IPS.

6. Se brinda educación a la gestante (videos, charlas, discusiones en grupo, materiales) en sala de espera.

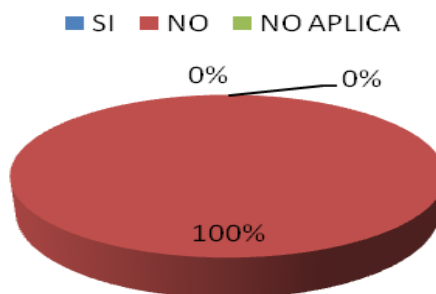


Tabla 28. Educación a la gestante en el área de espera.

Así como en la primera aplicación de la lista de chequeo el 100% de las IPS no brinda ningún tipo de educación a las gestantes en la sala de espera, lo que evita que las gestantes tengan conocimiento pleno sobre los cambios normales que ocurren dentro de la gestación y de las señales de alarma que se tienen que tener en cuenta para acudir al servicio de urgencia de manera pronta.

7. Hay sillas suficientes en el área de espera.

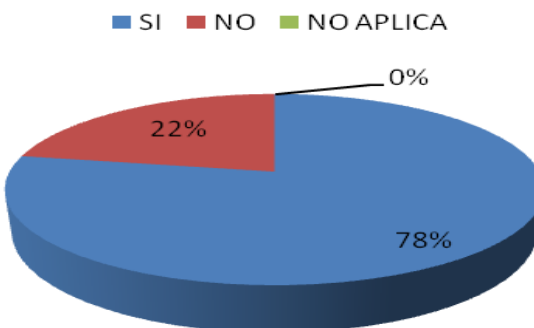


Tabla 29. Sillas en el área de espera.

El 78% de las IPS cuenta con sillas suficientes en el área de espera para las gestantes, este ítem en comparación con la primera evaluación muestra un aumento favorable del 8%.

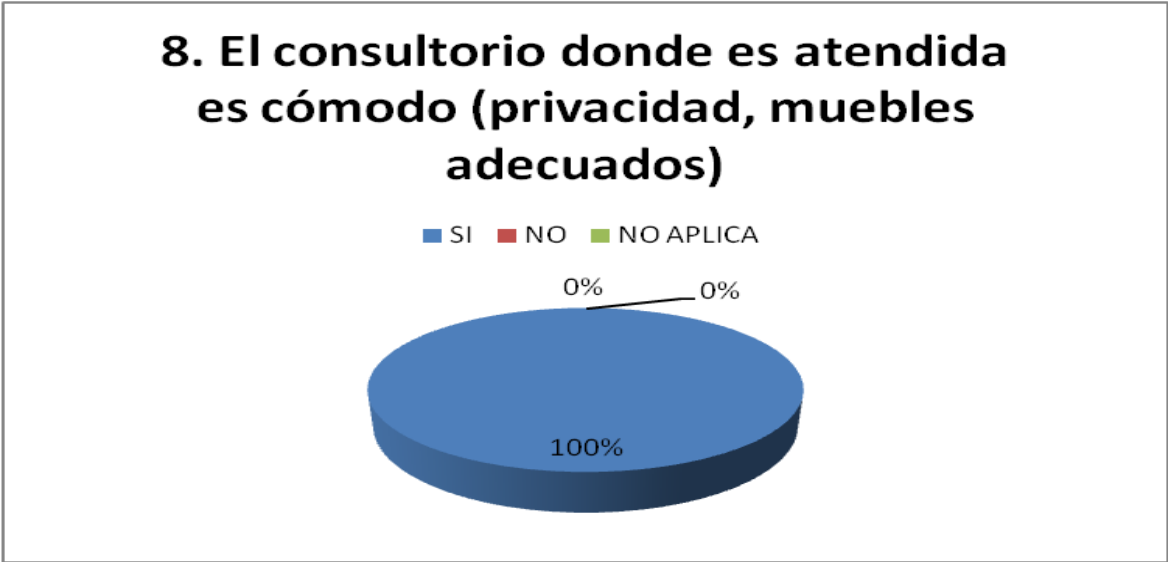


Tabla 30. Comodidad en el consultorio.

Como en la primera evaluación, el 100% de las gestantes encuestadas refiere haber sido atendida de una manera adecuada, promoviendo el buen trato y brindando la información para cada necesidad expuesta.



Tabla 31. Atención adecuada.

El 100% de las gestantes encuestadas refiere haber sido atendida de una manera adecuada, promoviendo el buen trato y brindando la información para cada necesidad expuesta.

10. Se realiza los procedimientos (signos vitales, altura uterina, valoración física, FC fetal, IMC)

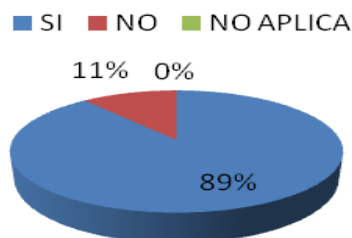


Tabla 32. Procedimientos en la valoración.

A pesar de tener todos los instrumentos para una completa y correcta valoración, el 11% de las IPS no realizan valoraciones completas a las gestantes durante el control prenatal, esto ocasiona que, no se tengan en cuenta parámetros importantes para vigilar y controlar factores de riesgo que puedan llegar a ser causa de morbilidad. Esta grafica muestra que no ha habido ningún cambio.

11. El consultorio donde fue atendida cuenta con los implementos necesarios para la valoración.

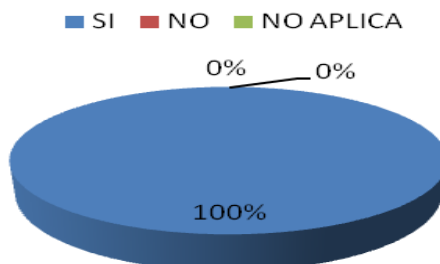


Tabla 33. Implementos en la valoración.

El 100% de las IPS cuenta con todos los implementos necesarios para realizar adecuadas valoraciones a las gestantes.



Tabla 34. Duración de la consulta.

El 100% de las IPS cumple con el tiempo determinado para hacer la consulta a la gestante que es de 20 minutos, este ítem en comparación con la primera evaluación muestra un aumento favorable de un 11%.

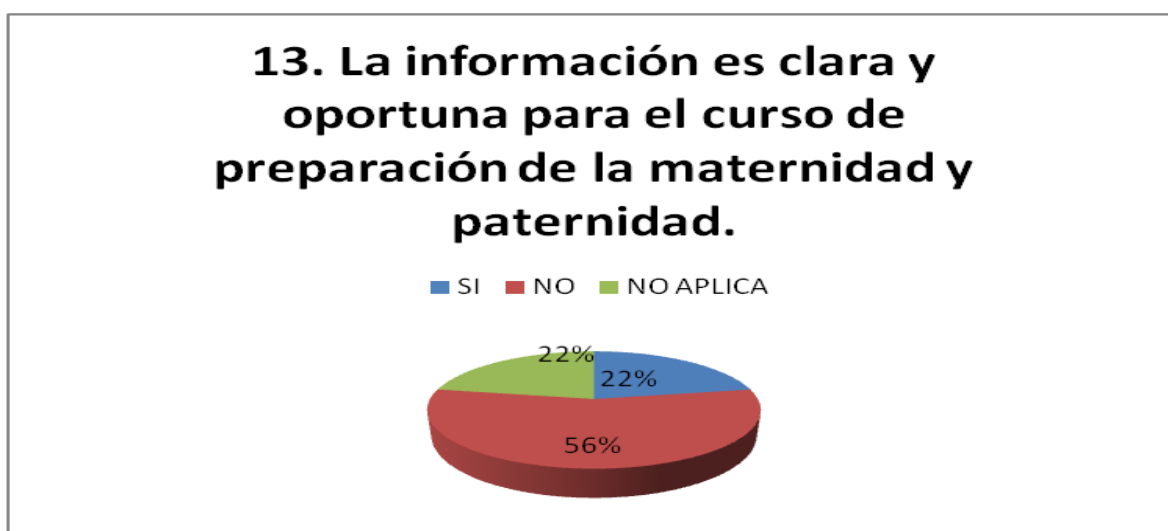


Tabla 35. Curso de preparación a la maternidad y paternidad responsable.

El 22% de las IPS encuestadas además de ofrecer el curso para la preparación a la maternidad y paternidad responsable, lo promocionan de manera activa, mientras que el 56% de las IPS a pesar de que tienen este curso no lo ofertan por ningún medio visual ni en la consulta prenatal, mientras que, el 22% de las IPS no aplican debido a que dentro de estas no se realiza este curso, este ítem en comparación con la evaluación muestra un decaimiento en un 11% en la oferta del curso de preparación para la maternidad y la paternidad.

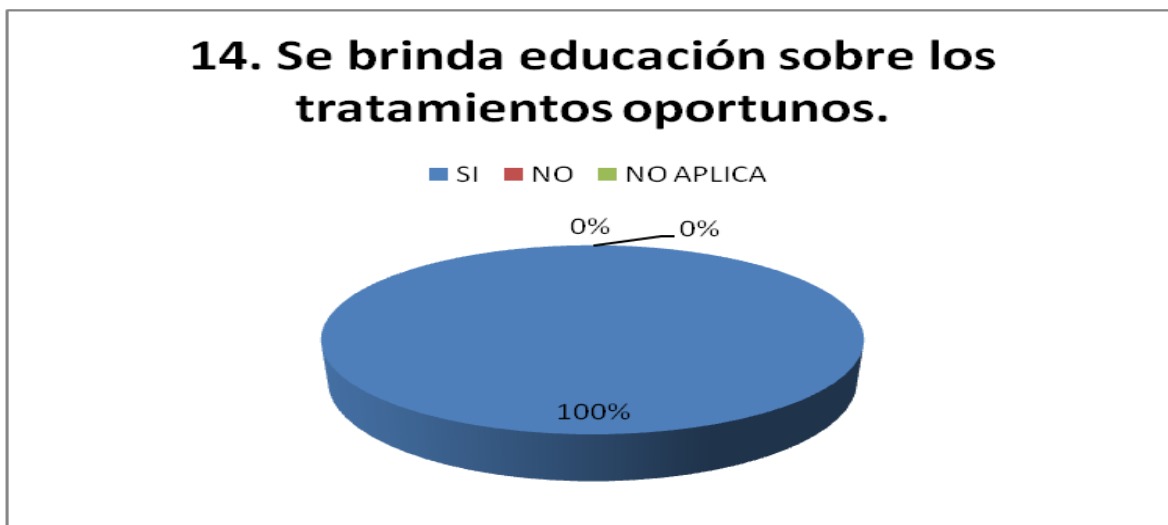


Tabla 36. Educación sobre el tratamiento oportuno.

El 100% de las IPS encuestadas brindan educación acerca de los tratamientos oportunos que debe recibir la gestante de acuerdo a su condición de salud actual, además brindan educación acerca de la importancia de recibirlos



Tabla 37. Carne de maternidad.

El 100% de las IPS diligencia el carnet de maternidad en la consulta y es entregado a la gestante actualizado.

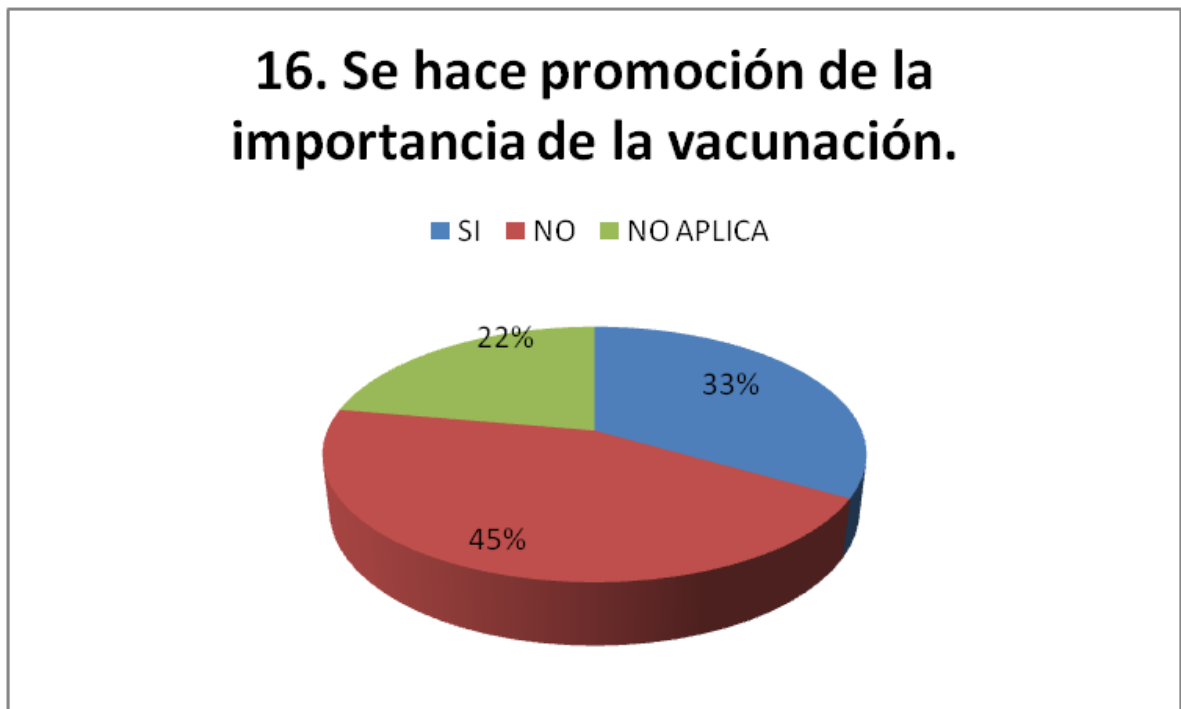


Tabla 38. Promoción de vacunación.

El 33% de las IPS evaluadas además de ofrecer el servicio de vacunación dentro de sus instalaciones también realizan demanda inducida para que las gestantes acudan a este para ser vacunadas oportunamente, el 45 % de las IPS no educan a las gestantes por medio de impacto visual acerca de la importancia de la vacunación, este ítem en comparación con la evaluación tiene una disminución desfavorable en un 12%.

17. Existe un área preferencial en la sala de urgencias

■ SI ■ NO ■ NO APLICA

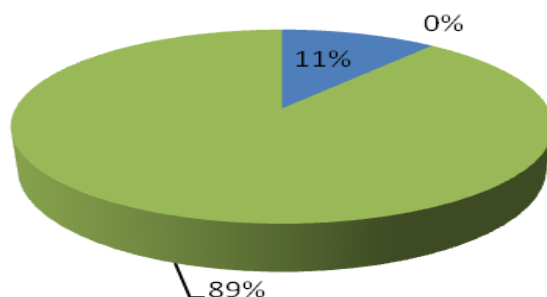


Tabla 39. Área preferencial en urgencias.

El 11% de las IPS tiene un área preferencial en el servicio de urgencias donde la gestante es atendida, mientras es valorada en el área de gineco obstetricia, y en el 89% esta pregunta no aplicaba a las IPS. Este ítem en comparación con la evaluación no tiene ningún cambio.

18. ¿La paciente es remitida directamente de sala de urgencias al área de gineco obstetricia?

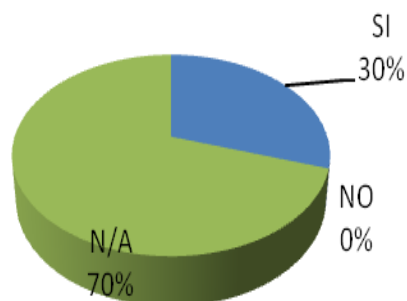


Tabla 40. Remisión de urgencias a gineco obstetricia.

El 70% de las IPS evaluadas no tienen servicios de hospitalización ni de urgencias, mientras que el 30% restante presta estos servicios y remite directamente a la gestante al servicio de gineco obstetricia para ser valorada.

19. Son visibles las señales alarma por las cuales la gestante debe acudir al servicio de urgencias.

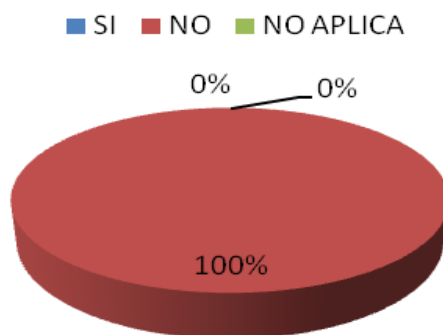


Tabla 41. Educación en señales de alarma, en la gestación.

En ninguna de las IPS son visibles por medio de impacto visual los signos de alarma por los cuales se deba acudir al servicio de urgencia, esto ocasiona que en la mayoría de las gestantes haya desconocimiento de estos y consulten de manera indiscriminada quitando oportunidad de cita a otras gestantes, o, por otro lado, que no presten atención por desconocimiento a los signos que pueden poner en riesgo inminente su vida y la de su hijo.

20¿Se brinda la educación e información necesaria de la situación actual de salud?

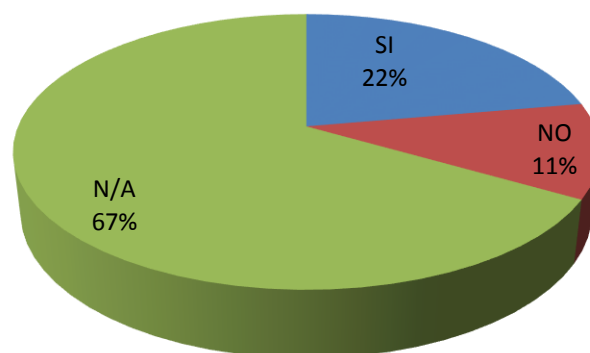


Tabla 42. Información de la situación actual.

El 11% de las IPS evaluadas no brindan educación e información necesaria acerca de la situación de salud actual de las gestantes, cuando estas se encuentran hospitalizadas.

21. ¿se realiza atención prioritaria a la gestante la cual sus signos y síntomas de atención lo amerita?

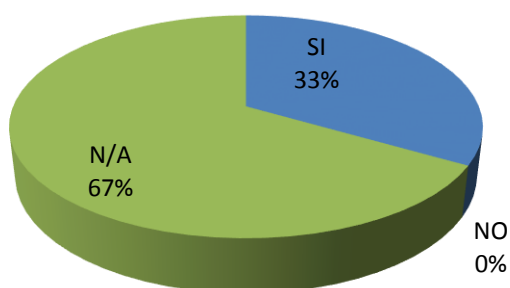


Tabla 43. Atención prioritaria.

El 33% de las IPS realizan atención prioritaria a la gestante si esta presenta signos y síntomas que lo ameriten, mientras que el 67% de las IPS aunque no cuentan con el servicio de atención prioritaria, siempre, si observan alguna gestante que requiera esta atención es remitido a los sitios establecidos para poder recibirla.

22. ¿Se realiza monitoreo constante durante la labor de parto?

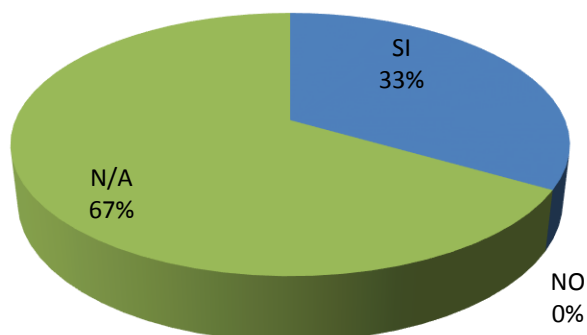


Tabla 44. Monitoreo durante el parto.

El 33% de las IPS encuestadas monitorean constantemente la labor de parto, evitando así, omitir complicaciones que pueden ocurrir durante este, mientras que, el 67% no aplica, puesto que estas instituciones no presta servicio clínico de ginecobstetricia.

3.5 ANALISIS DE RESULTADOS

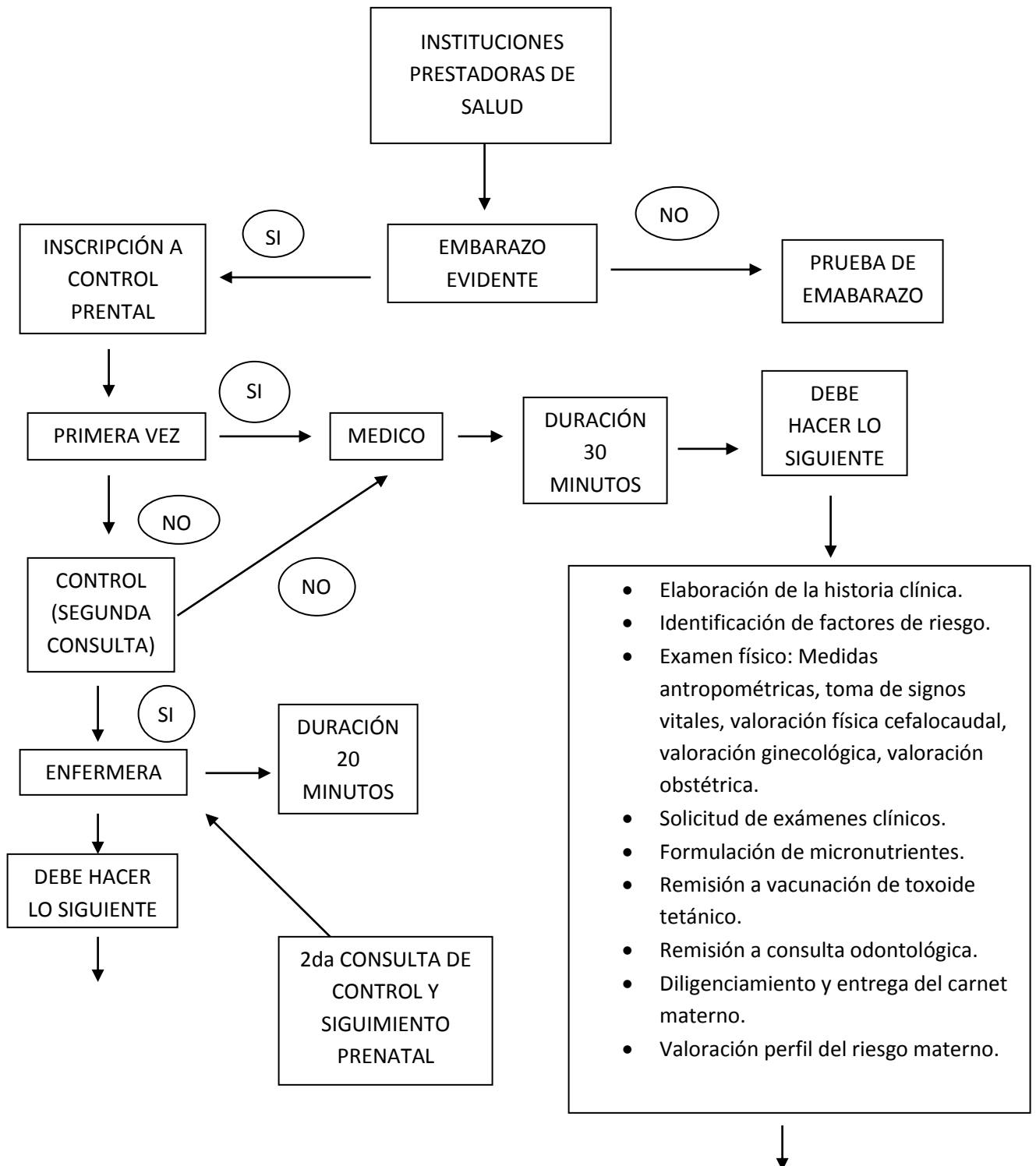
La lista de chequeo de seguimiento aplicada a las IPS del municipio de Chía, generaron la siguiente información, permitiendo su análisis:

- El personal de las IPS se muestra amable y siempre dispuesto a prestar una oportuna atención y de calidad a la gestante.
- En las Instituciones Prestadoras De Salud existe posiblemente desinformación respecto a la normatividad que plantea el Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna en cuanto a la atención preferencial que se le debe brindar Al binomio madre e hijo, en las áreas

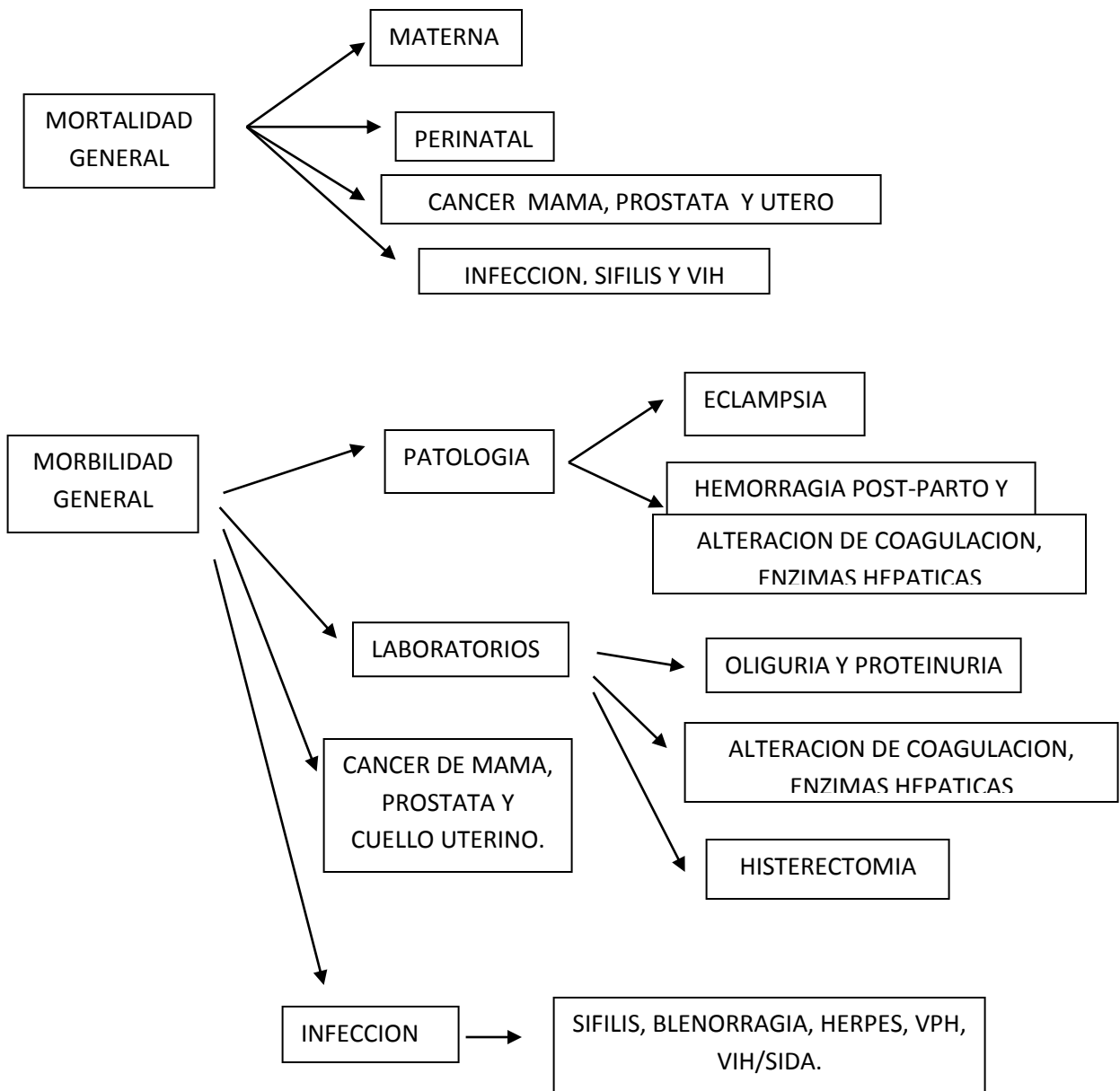
existentes en las Instituciones, esto incluye cantidad de sillas necesarias con su respectiva señalización y filas de atención preferencial.

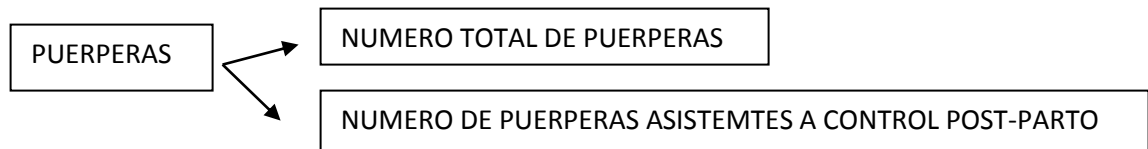
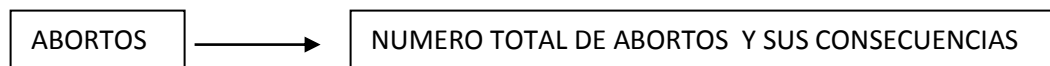
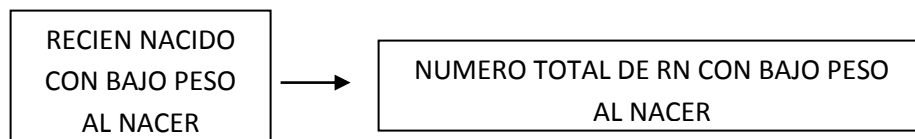
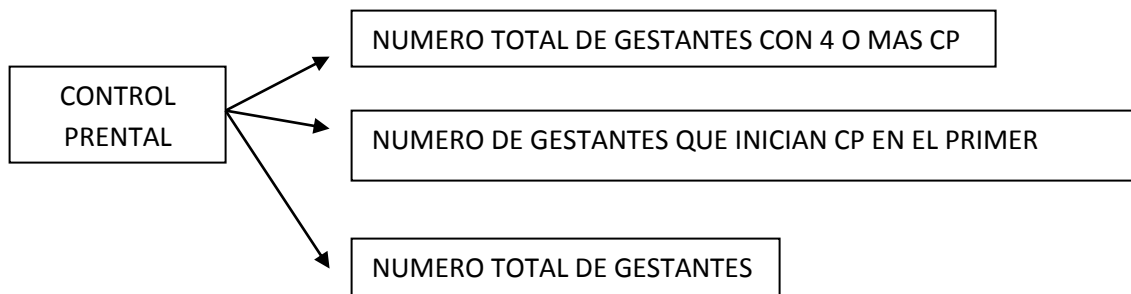
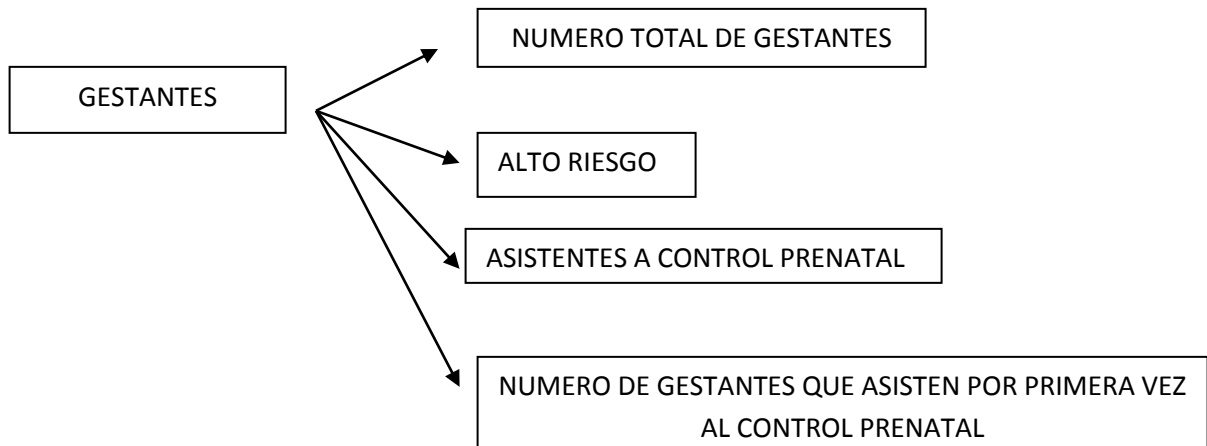
- Se encuentra que las IPS no informan a las gestantes cuanto tiempo se demorara para ser atendida.
- Se encuentra que en las Instituciones Prestadoras de Salud, hay desconocimiento en cuanto a la educación que debe ser dada a las gestantes por medio de herramientas y recursos de alto impacto visual en las áreas de espera, facturación y recepción, sobre los temas de la importancia de la vacunación, asistencia al control prenatal y asistencia a los cursos de preparación para la maternidad y la paternidad, cambios normales que ocurren durante la gestación y los signos de alarma por los cuales se debe asistir a urgencias.
- Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cuentan con los implementos necesarios para hacer valoraciones completas al binomio madre e hija durante los controles prenatales, para la oportuna detección y control de factores de riesgo.
- Se encuentra que las IPS donde se reciben y valoran a las gestantes que están en labor de parto o que requieren atención de urgencias son atendidas de manera oportuna por el área de ginecobstetricia y son monitorizadas constantemente en miras de la detección temprana de factores de riesgo que puedan poner en riesgo su vida y la de su hijo.

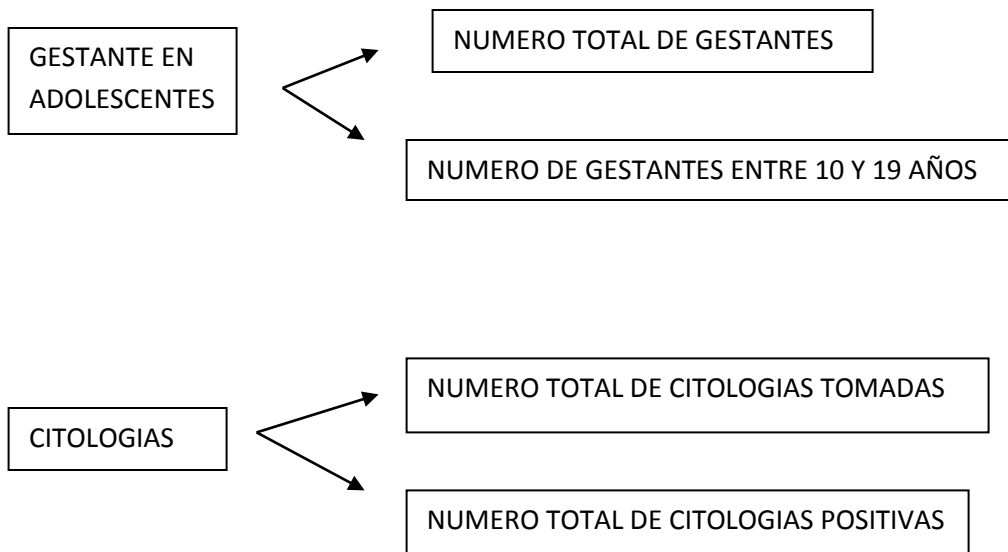
4. GUIA SOBRE EL PLAN DE ACCIÓN QUE DEBEN LLEVAR LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD FRENTE A UNA GESTANTE



4.1 GUIA REPORTE MENSUAL DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD A LA SECRETARIA DE SALUD MENSUALMENTE







RECOMENDACIONES

- Involucrar a los gerentes de las IPS del municipio de Chía en la implementación del Plan de Choque para la Reducción Materna, creando conciencia de la importancia de este.
- Generar estrategias junto con los profesionales de salud encargados de la vigilancia y el control de la correcta aplicación del Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna, para su correcto cumplimiento.
- Incentivar y supervisar la correcta aplicación de esta estrategia periódicamente.

ANEXOS

- 1.** Línea base de gestantes de alto riesgo.
- 2.** Guía de atención II: Recepción a la usuaria, Gobernación de Cundinamarca.
- 3.** Lista de chequeo para evaluar plan de choque para la reducción de la mortalidad materna aplicada a las IPS.
- 4.** Listas de chequeo aplicadas en las IPS en su evaluación y el seguimiento.
- 5.** Herramienta gerencial DOFA.
- 6.** Herramienta gerencial PHVA.

BIBLIOGRAFÍA

1. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna. [Internet] Bogotá. Ministerio de la Protección Social; 2004 [consultado 10 de Marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/5.2.pdf>
2. República de Colombia. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. 2012 – 2021. [Internet] Bogotá. Ministerio de la Protección Social; 2012 [consultado 10 de Marzo de 2014]. Disponible <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
3. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 del 2000. [Internet] Bogotá. Ministerio de Salud; 25 de Febrero de 2000. [consultado: 10 de Marzo de 2014]. Disponible en: http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Res412_00.htm
4. República de Colombia. Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES 147. Departamento Nacional de Planeación. Lineamientos para el Desarrollo De Una Estrategia Para La Prevención Del Embarazo En La Adolescencia Y La Promoción De Proyectos De Vida Para Los Niños, Niñas, Adolescentes Y Jóvenes En Edades Entre 6 Y 19 Años. [Internet] Bogotá. Enero 31 de 2012. [consultado: 10 de Marzo de 2014]. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=BSINpiuEDQ0%3D&tabid=1473>
5. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. [Internet]. Bogotá. Ministerio de la Protección Social; 2003 [consultado: 10 de Marzo de 2014]. Disponible en: http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/%20politicassr.pdf
6. Encuesta de evaluación de plan de choque para la reducción de la mortalidad materna.
7. MarrinerTomey, Ann y Alligood, Martha. Adopción del rol materno – convertirse en madre – convertirse en madre de Ramona T. Mercer. 7 ediciones, Modelos y Teorías en Enfermería, España. Editorial Selvier.[Internet] [consultado: 2 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://teoriasintermedias2013.blogspot.com/2013/05/adopcion-del-rol-materno-convertirse-en.html>

8. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, Cero indiferencia con la mortalidad materna y perinatal. (Consultado 18 de octubre del 2014). Disponible en : <http://www.saludcapital.gov.co/Políticas%20en%20Formulación/POLÍTICA%20MORTALIDAD%20MATERNO%20PERINATAL.PDF>